

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y**  
**PODOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Adaptación de los lenguajes enfermeros a la cultura árabe**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Hanan Mustafá Abbad**

**Directores**

**Juan Vicente Beneit Montesinos**  
**José Luis Cobos Serrano**

**Madrid**







U N I V E R S I D A D  
**COMPLUTENSE**  
M A D R I D

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS  
PRESENTADA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTOR**

D./Dña. HANAN MUSTAFA ABBAD

con número de DNI/NIE/Pasaporte 06630240F, estudiante en el Programa  
de Doctorado CUIDADOS EN SALUD,  
de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de  
Madrid, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y  
titulada:

ADAPTACIÓN DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS A LA CULTURA ÁRABE

y dirigida por: Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos

Dr. José Luis Cobos Serrano

**DECLARO QUE:**

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita.

Del mismo modo, asumo frente a la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Madrid, a 12 de septiembre de 2019

Fdo.: 

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en  
la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.





**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**



**ADAPTACIÓN DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS A LA  
CULTURA ÁRABE**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADO POR**  
Hanan Mustafa Abbad

**Bajo la dirección de los doctores**  
Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos  
Dr. José Luis Cobos Serrano

**Madrid, 2019**



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**



**ADAPTACIÓN DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS A LA  
CULTURA ÁRABE**

**TESIS DOCTORAL**  
**HANAN MUSTAFA ABBAD**  
**2019**

**DIRECTORES**  
**Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos**  
**Dr. José Luis Cobos Serrano**



**“Manténme alejada de la sabiduría que no llora, de la filosofía que no ríe y de la grandeza que no se inclina ante los niños”**

Gibran Khalil Gibran



## **AGRADECIMIENTOS**

---





## **AGRADECIMIENTOS**

Durante la elaboración de este trabajo han sido muchas las personas que han participado de manera directa e indirecta en hacerlo salir a la luz, y a quienes me gustaría expresar mi agradecimiento por su apoyo, tiempo y participación; sin ellos no hubiera sido posible desarrollar y llevar a cabo este trabajo.

Gracias a mis directores, el Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos por su confianza y apoyo ilimitado; y el Dr. José Luis Cobos Serrano, que ha sido el padrino de este trabajo, ofreciéndome generosamente sus conocimientos, recursos, tiempo y apoyo en cada paso durante cuatro largos años.

Gracias a la Dra. María Eulália Juvé por su colaboración muy especial y la autorización correspondiente para el uso del lenguaje ATIC n esta tesis.

A los enfermeros y enfermeras árabes que han participado como expertos y expertas en las entrevistas y los cuestionarios. Anexo (1)

A la Dra. Salam Al-Khatib por su esfuerzo especial en difundir el cuestionario y animar a su entorno de enfermeros y enfermeras a participar.

A mi esposo Jaime, por su apoyo continuo, su ayuda ilimitada y su esfuerzo especial en la revisión y corrección literaria y gramatical del texto español.

A mi amiga Susana por compartir está pasión imparable hacia el saber.

A mi amigo Patxi por su ayuda con temas de estadística y análisis de datos.

A mi amigo Juan Morillo Velázquez, por ayudarme a ver la luz al final del túnel en estos momentos de oscuridad que nos invaden sin avisar.

A Silvia, Rosalía por aguantar mis bajos y altos y por su presencia animadora.

A mis padres, Janet, mis hermanas y sus familias por su confianza en mis capacidades y su cariño y apoyo incondicional.

A mi maravilloso jefe Víctor Fernández por su apoyo y comprensión, a mi equipo y mis amigos del trabajo por preocuparse, preguntar y animar.

A mi tía Fatheyah que se ha despedido de nosotros para siempre poco antes de terminar este trabajo y me hubiera gustado darle la alegría de lograr otro reto en mi vida.

Por último, gracias a aquellas almas que han cruzado mi vida, me han dado el honor de caminar con ellos el camino más difícil de su vida y me han enseñado el verdadero significado de la dignidad, paciencia, amor y bienestar espiritual. A todos los pacientes que se han despedido de nosotros dejando atrás la sabiduría de sus palabras y los recuerdos de una experiencia superior, especial e inolvidable.

## ÍNDICE

---



# **ÍNDICE**

<b>1. RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>2. ABSTRACT</b>	<b>7</b>
<b>3. ABREVIATURAS</b>	<b>13</b>
<b>4. INTRODUCCIÓN</b>	<b>19</b>
<b>4.1. LOS LENGUAJES ENFERMEROS</b>	<b>21</b>
<b>4.2. LA ENFERMERÍA EN EL MUNDO ÁRABE</b>	<b>35</b>
<b>4.3. LA CULTURA ÁRABE</b>	<b>55</b>
4.3.1. La religión	57
4.3.2. La familia	59
4.3.3. La comunicación	60
4.3.4. La desigualdad de género	61
4.3.5. La perspectiva de la salud, enfermedad, sufrimiento y muerte	63
<b>4.4. Los diagnósticos de este estudio</b>	<b>77</b>
4.4.1. Duelo	77
4.4.2. Sufrimiento espiritual	84
4.4.3. La desesperanza	93
<b>4.5. La importancia de la lengua materna</b>	<b>101</b>
<b>4.6. La documentación y los registros en enfermería</b>	<b>117</b>
<b>4.7. Leyes y temas legales de la salud en el mundo árabe</b>	<b>127</b>
<b>4.8. Competencia y adaptación cultural</b>	<b>139</b>
<b>5. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>145</b>
<b>6. HIPÓTESIS</b>	<b>149</b>

<b>7. OBJETIVOS</b>	<b>153</b>
<b>8. MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>157</b>
<b>8.1 Fase conceptual:</b>	<b>159</b>
8.1.1 Plantear el tema de investigación	<b>159</b>
8.1.2 Revisión bibliográfica	<b>159</b>
8.1.3 Formular los objetivos	<b>160</b>
<b>8.2 Fase Metodológica:</b>	<b>163</b>
8.2.1 El diseño de la investigación:	<b>163</b>
8.2.2 La muestra de la investigación:	<b>163</b>
8.2.3 Elección de las herramientas de recogida y análisis de datos:	<b>163</b>
<b>8.3 Fase empírica: (Recogida de datos)</b>	<b>163</b>
8.3.1. Entrevista en profundidad	<b>163</b>
8.3.2 El método Delphi	<b>200</b>
<b>9. RESULTADOS</b>	<b>211</b>
<b>10. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>237</b>
<b>11. CONCLUSIONES</b>	<b>343</b>
<b>12. RECOMENDACIONES</b>	<b>347</b>
<b>13. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>351</b>
<b>14. ANEXOS</b>	<b>373</b>
<b>15. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS</b>	<b>463</b>
<b>15.1. Tablas</b>	<b>465</b>
<b>15.2. Figuras</b>	<b>471</b>

## **1. RESUMEN**

---





## RESUMEN

**Introducción:** Los países árabes han adoptado los modelos educativos occidentales a causa de la colonización británica y francesa. Estos modelos son los utilizados en la mayoría de las facultades de enfermería. La dependencia de estos modelos no solo incluye copiar los sistemas de organización y las teorías educativas, sino también utilizar los libros de texto, referencias bibliográficas, herramientas y escalas de evaluación elaboradas en Occidente; como consecuencia, los idiomas de los estudios en casi todas las facultades de enfermería son el inglés o/y el francés.

Como el resto de las herramientas de enfermería, los lenguajes enfermeros adoptados en el mundo árabe son los internacionales, en especial la NNN, formado por elementos procedentes de la taxonomía “*North American Nursing Diagnosis Association*” (NANDA) y de las clasificaciones “*Nursing Interventions Classification*” (NIC) y “*Nursing Outcomes Classification*” (NOC).

A pesar de su vitalidad en la práctica de enfermería, los lenguajes enfermeros no han sido tema de investigación en el mundo árabe, ni se dispone de una versión adaptada a la cultura árabe.

Esta realidad genera una inquietud en relación con los posibles efectos negativos en la calidad de la atención de enfermería del componente cultural occidental, y del uso de un idioma no materno en la comunicación interprofesional y en los registros de enfermería.

La adaptación cultural de las herramientas de enfermería es de gran importancia para proporcionar un cuidado de enfermería adecuado y culturalmente competente; está demostrado que la traducción de la terminología médica y su adaptación al contexto cultural es un proceso complejo pero necesario para mantener una comunicación eficaz con los pacientes y evitar lagunas en la documentación.

En este estudio pretendemos explorar la situación actual de los lenguajes enfermeros en los países árabes, la necesidad de su adaptación a la cultura árabe y los posibles efectos negativos del uso de idiomas no maternos en la práctica de enfermería.

**Objetivo:** Explorar la realidad acerca del uso los lenguajes enfermeros en el mundo árabe.

**Metodología:** Un estudio cualitativo interpretativo exploratorio transversal con opinión de expertos mediante una entrevista en profundidad semiestructurada y el método Delphi.

**Resultados:** Los siete participantes de las entrevistas eran directores de enfermería de hospitales privados en Jordania. Todos ellos confirmaron que el uso del NNN en su lugar de trabajo no es formal ni unificado, y que los enfermeros encuentran dificultades para comprenderlas y aplicarlas, dado que es un lenguaje creado para otro contexto cultural, está en inglés y en general no es aplicable en áreas de especialización.

El inglés es el idioma oficial de los estudios de enfermería y de la comunicación interprofesional; el uso de un idioma no materno y el nivel bajo de competencias del personal de enfermería en dicho idioma está causando una laguna en la documentación y la comunicación reflejada en la baja calidad de los registros de enfermería y posibles deficiencias en el cuidado de enfermería prestado.

En la primera ronda del cuestionario, participaron 76 enfermeros/as de 8 países árabes. Los participantes en su mayoría eran mujeres, menores de 40 años, con variedad de años de experiencia y trabajan en hospitales y universidades en puestos asistencial y de docencia. En esta ronda los siguientes temas han sido consensuados con más del 70%: uso del NNN en su lugar de trabajo, un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería, una versión en árabe de lenguajes enfermeros mejoraría su comprensión y facilitaría su aplicación, el idioma de comunicación con el paciente es el árabe, el idioma utilizado en los registros de enfermería y en los estudios de enfermería es el inglés, el nivel de competencias del los enfermeros/as en el inglés es medio-bajo, el registro de enfermería en su lugar de trabajo es fácil de manejar y se considera una prueba válida en un juicio, la traducción de “sufrimiento espiritual” es “al Mo’anat al Rauhiya” y la de “desesperanza” es “Foqdan al Amal”; y por último las definiciones del sufrimiento espiritual y la desesperanza de la terminología “Arquitectura, Terminología, Interfase, Conocimiento (ATIC)” son correctas y completas.

En la segunda ronda participaron 29 enfermeros/as de 6 países. la mayoría enfermeras, sin inclinación hacia ninguna franja de edad, en su mayoría con más de 20 años de experiencia y trabajan en hospitales y universidades en puestos asistenciales y de docencia.

En la segunda ronda los siguientes temas han sido consensuados: el uso constante del NNN como herramienta para aplicar el proceso de enfermería, el NNN es comprensible, fácil de aplicar y se ajusta a las necesidades culturales del paciente árabe, el uso de un

idioma no materno no genera lagunas en la comunicación y la documentación, el registro de enfermería refleja la realidad asistencial, la traducción de “duelo” es “al Hozon”, la definición de duelo de la terminología ATIC es correcta y completa, todas las intervenciones de la ATIC vinculadas a los diagnósticos del estudio han sido consideradas importantes e imprescindibles a excepción de siete intervenciones.

**Conclusiones:** La contradicción entre la opinión de los/as directores/as de enfermería y los/as enfermeros/as en muchos de los temas abordados en este estudio puede ser un indicador de carencias en la formación sobre los lenguajes enfermeros y los criterios de la calidad de la documentación y posibles deficiencias en la aplicación del proceso de enfermería y en los registros.

Los resultados de esta investigación sirven para iluminar la situación general en la región árabe y pueden ser de gran utilidad para la reflexión sobre ella y para el desarrollo de planes estratégicos y líneas de investigación específicas.

Hace falta mucha investigación acerca de los lenguajes enfermeros y su implementación en los registros de enfermería en los países árabes, así como los pasos necesarios para proporcionar una versión de los lenguajes enfermeros en árabe adaptada a las necesidades culturales de los pacientes y los/as enfermeros/as árabes.

El contenido de la terminología ATIC parece coincidir con la perspectiva de los/as enfermeros/as árabes, y será bueno considerar su aplicación en la práctica y examinar los componentes culturales que necesiten adaptación a la cultura árabe.

**Palabras claves:** lenguajes enfermeros, cultura árabe, adaptación cultural, registro de enfermería, lengua materna.



## **2. ABSTRACT**

---



## ABSTRACT

**Background:** The Arab countries have adopted the western educational models because of the British and French colonization that has lasted many years. These models are being used in most nursing schools. The dependence of these models does not only includes copying the models of the organization of educational systems and theories, but also using textbooks, bibliographic references, tools and evaluation scales created in the West. As a consequence, the language of the studies in almost all nursing faculties in Arab countries is English or/and French.

Like the rest of the nursing tools, the nursing languages adopted in the Arab world are the international ones, especially the NANDA, NIC and NOC (NNN).

Despite its vitality in the practice of nursing, nursing languages have not been the subject of research in the Arab world, nor do we have a copy adapted to the Arabic culture.

This reality generates a disturbing concern related to the possible negative effects of the western cultural context of the nursing education resources used in the Arab region and the use of a non-maternal language in the interprofessional communication and in the nursing records in the quality of nursing care.

The cultural adaptation of nursing tools is of great importance to provide adequate and culturally competent nursing care; and it is shown that the translation of medical terminology and adapting it to the cultural context is a complicated but necessary process to maintain effective communication with patients and to avoid gaps in documentation.

In this study we intend to explore the current situation in Arab countries in relation to the use of nursing languages, the need for their adaptation to Arab culture and the possible negative effects of the use of non-maternal languages in nursing practice.

**Objective:** To explore the reality about the use of the nursing languages in the Arab countries.

**Methodology:** A qualitative cross-sectional exploratory interpretative study with expert opinion through a semi-structured in-depth interview and the Delphi method.

**Results:** The seven participants of the interviews were nursing directors of private hospitals in Jordan, all of them confirmed that the use of the NNN in their place of work is neither formal nor unified, and that the nurses have difficulties to understand and apply



them, since it is a language created for another cultural context, it is in English and it is general and not applicable in areas of specialization.

English is the official language of nursing studies and interprofessional communication; the use of a non-native language and the low level of nursing staff competencies in that language is causing a gap in documentation and communication reflected in the low quality of nursing records and possible deficiencies in the nursing care provided.

All nursing directors showed frustration related to the lack of standardized records, the use of manual records, the lack of educational materials and resources in Arabic, and the low level of proficiency in English.

In the first round of the questionnaire, 76 nurses from 8 Arabic countries participated. The participants were mostly women, under 40 years of age, with a variety of years of experience, working in hospitals and universities in teaching and direct nursing care. In this round, the following topics have been agreed upon with more than 70%: the use of the NNN in their workplace, a nursing language adapted to the Arab world would improve the quality of nursing care, a version of nursing languages in Arabic would improve their understanding and facilitate its application, the language of communication with the patient is Arabic, the language used in nursing records and in nursing studies is English, the proficiency of nurses in English is medium-low, the nursing record in their workplace is easy to manage and is considered a valid legal document in a trial, the translation of "spiritual suffering" is "al Mo'anat al Rauhiya" and the "Despair" is "Foqdan al Amall"; the definitions of spiritual suffering and despair of the ATIC terminology are correct and complete.

In the second round 29 nurses participated from 6 countries. Participants were mostly females, without a dominant age range, mostly with more than 20 years of experience and working in hospitals and universities in nursing care and teaching positions. In the second round the following topics have been agreed: the constant use of the NNN as a tool to apply the nursing process, the NNN is understandable, easy to apply and adjusted to the cultural needs of the Arab patient, the use of a non-maternal language does not generate gaps in communication and documentation, the nursing record reflects the reality of daily nursing care, the translation of "grieve" is "al Hozn", the definition of the grieve of the ATIC terminology is correct and complete, all interventions of the ATIC terminology

linked to the diagnoses of the study have been marked as important and essential except for seven interventions.

**Conclusions:** The contradiction in many of the subjects addressed in this study between the opinion of nursing directors and the participants in the questionnaire may be an indicator of deficiencies in the training on nursing languages and the quality criteria of nursing documentation, and possible deficiencies in the application of the nursing process and in the registers.

The results of this research serve to enlighten the general situation in the Arab region and can be very useful for reflection about it and for the development of strategic plans and specific lines of research.

Much research is needed on the nursing languages and their implementation in the nursing registries in the Arab countries, as well as the necessary steps to provide a version of the nursing languages in Arabic adapted to the cultural needs of the patients and the Arab nurses.

The content of the ATIC terminology seems to coincide with the perspective of the Arab nurses, and it will be good to consider its application in practice and examine the cultural components that need adaptation to the Arabic culture.

**Key words:** Nursing languages, Arabic culture, cultural adaptation, nursing register, mother language.



### **3. ABREVIATURAS**

---



## **ABREVIATURAS**

**NNN:** NANDA, NIC y NOC

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association

**NIC:** Nursing Interventions Classification

**NOC:** Nursing Outcomes Classification

**ATIC:** Arquitectura, Terminología, Interfase, Conocimiento

**ANA:** American Nursing Association

**CIE:** Consejo Internacional de Enfermería

**CNPPI:** Committee for Nursing Practice Information Infrastructure

**CCC:** Clinical Care Classification System

**PNDS:** Perioperative Nursing Data Set

**ICNP:** International Classification for Nursing Practice

**SNOMED CT:** Systemized Nomenclature of Medicine Clinical Terms

**LOINC:** Logical Observation Identifiers Names and Codes

**NMDS:** *Nursing Minimum Data Sets*

**NMMDS:** Nursing Management Minimum Data Sets

**SIA:** Sistema de información asistencial

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**GCC:** Gulf Corporation Council

**ONL:** Orden of Nursing of Lebanon

**NWI:** Nursing Work Index

**EAU:** Emiratos Árabes Unidas

**IED:** Inventario de experiencia en duelo

**GEI:** Grief experience Inventory

**ITRD:** Inventario Texas revisado de duelo

**TIG:** Texas Inventory of Grief.

**ICG:** Inventory of Complicated Grief

**IDS-R:** Inventario de Duelo Complicado Revisado

**ICG-R:** Inventory of Complicated Grief

**CRDC:** Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado

**RI:** RIX Index

**AECP:** Asociación Europea de Cuidados Paliativos

**SECPAL:** la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

**EF EPI:** Education First English Proficiency index

**MENA:** Middle East and North Africa

**UNESCO:** United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

**ISO:** International Organization for Standardization

**EFQM:** Fundación Europea para Gestión de Calidad

**ONG:** Organización No Gubernamental

**UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

**RAND:** Research And Development

**“Cuando eres enfermera/o sabes que cada día cambiarás una vida o una vida cambiará la tuya”**

Anónimo





## **4. INTRODUCCIÓN**

---



# **INTRODUCCIÓN**

## **4.1. LOS LENGUAJES ENFERMEROS**

La profesión de enfermería se ha enfrentado a muchas dificultades para conseguir cambiar la imagen social y los estereotipos que la identificaban como profesión femenina de cuidados bajo el mando de los médicos.

A lo largo de las últimas décadas y a base de desarrollar los conocimientos científicos necesarios, los modelos conceptuales y las habilidades profesionales propias reguladas por la ética de la profesión, la enfermería consiguió una identidad propia y autónoma.

Florence Nightingale fue la primera en insistir en la necesidad de disponer de recursos intelectuales propios de la profesión para proporcionar cuidado de calidad, y la importancia de ser consciente de la influencia que tiene el entorno del paciente en su estado de salud y sus posibilidades de mantenerlo o recuperarlo.

Nightingale, con todos sus esfuerzos para formalizar la profesión, no consiguió el reconocimiento de la sociedad de la enfermería como disciplina respetada.

La primera en conseguirlo fue Ethel Bedford-Fenwick, quien llamó la atención sobre las malas condiciones de trabajo de las enfermeras y su efecto en la calidad del cuidado, y fundó en el 1887 la Asociación de Enfermeras Británicas con el objetivo de regularizar las actividades enfermeros y conseguir el reconocimiento y el respeto social de la profesión. <sup>(1)</sup>

Hoy en día la profesión de enfermería se considera una disciplina independiente y el personal de enfermería juega un rol esencial dentro del equipo sanitario multidisciplinar.

Según Ellis y Hartley una profesión tiene que cumplir con las siguientes características:<sup>(2)</sup>

- 1- Tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales: la enfermería cuenta con muchas teorías propias de la profesión, la primera salió a la luz el año 1952 a manos de Peplau, seguida con la de Orlando en 1961 y las de King, Orem, Newman, Roy y Rogers, etc.

- 2- La utilización del método científico: la enfermería ha desarrollado el proceso de enfermería como método científico sistemático para aplicar los conocimientos y fundamentos de la profesión.
- 3- Formar a los profesionales en instituciones de alto nivel educacional.
- 4- Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales: los enfermeros/as hoy en día tienen sus propias responsabilidades, sus actividades se basan en el pensamiento crítico y asumen riesgos en el ejercicio de su labor profesional.
- 5- Desarrollar un código de ética profesional: el primer código ético de enfermería fue publicado por la *American Nursing Association* (ANA) en el año 1950, seguido en el 1953 con el código deontológico del Colegio Internacional de Enfermería para profesionales de enfermería desarrollado por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE).
- 6- Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta: la participación de la profesión de enfermería a nivel humano en la sociedad y su rol en resolver problemas de salud es una participación reconocida y muestra un compromiso claro hacia la sociedad.
- 7- Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica.

Quizá uno de los avances más importantes que han conseguido desarrollar los profesionales de enfermería es el proceso de atención de enfermería, que por una parte unifica los criterios de la práctica de enfermería y por otra facilita el control de la calidad asistencial, con el fin de prestar una atención de enfermería de calidad que satisfaga las necesidades de los pacientes y sus familias.

El proceso de atención de enfermería es un proceso sistemático y organizado que les permite al personal de enfermería identificar las necesidades de los pacientes y sus familiares, y según las necesidades desarrollar un plan de cuidado que incluye una serie de intervenciones, unos plazos de evaluación y reevaluación y unos resultados esperados.

Hall en el año 1955 fue el primero en pensar en el conjunto de actividades de la enfermería como un proceso, y a partir de allí, muchos autores siguieron esta idea y trabajaron para desarrollarla y componer sus fases principales. (3)

En el año 1967 Yura y Walsh definieron el proceso de atención de enfermería como “el conjunto de pautas organizadas de actuaciones, dirigidas a cumplir objetivos de enfermería, tales como: mantener el bienestar óptimo del paciente; si este estado se altera, la enfermera deberá proveer todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. En caso de no poder llegar al estado óptimo de bienestar, el proceso de atención de enfermería debe fomentar y promover la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos en el menor tiempo posible”. (4,5)

Estos mismos autores identificaron cuatro etapas en el proceso de enfermería, valoración, planificación, realización y evaluación. (4)

La definición anterior junto con las cuatro etapas se consideran la primera generación del proceso de enfermería, enfocado hacia la identificación de los problemas de salud y el proceso de resolverlos; que durante mucho tiempo solía limitar el rol de enfermería a actividades dirigidas a personas en estado de salud deficiente, sin ningún rol de enfermería con las personas saludables. (6)

En los años setenta con el nacimiento de la NANDA, los enfermeros fundadores empezaron a estudiar la necesidad de una quinta etapa en el proceso de enfermería que es el diagnóstico de enfermería. La NANDA fue fundada oficialmente en el año 1982 y reconocida como un organismo internacional bajo el nombre NANDA Internacional (NANDA-I) en el año 2002. (7)

En el año 1990 la NANDA publicó la definición oficial de los diagnósticos de enfermería, y la presentaron como “un juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, que la enfermera está capacitada para realizar”. (8,9)

El juicio clínico es “la interpretación o conclusión sobre las necesidades del paciente, sus preocupaciones o problemas de salud, y/o la decisión de tomar una acción o no”. (10)

Aunque muchos autores no consideraron los diagnósticos de enfermería una nueva etapa en el proceso de enfermería, sino la misma etapa de valoración, donde se detectan las necesidades y se les da un nombre concreto, este sistema de clasificación de los problemas reales y potenciales es otra aportación importante a la disciplina de enfermería, que pone a disposición una herramienta más, una que permite generar un plan de cuidado estandarizado “un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes

que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o con una enfermedad”. (11)

Es relevante mencionar que, con el pensamiento crítico, el plan estandarizado, como cualquier herramienta profesional, admite la aplicación de ajustes y modificaciones para satisfacer las necesidades del individuo, partiendo del hecho de que cada persona es un mundo formado por un conjunto de valores, creencias y perspectivas.

Con la creación de los diagnósticos de enfermería, pasamos a la segunda generación del proceso de enfermería, con un enfoque más centrado en el juicio clínico de la enfermería, que amplía su rol incluyendo actividades relacionadas con los problemas potenciales, promoción de la salud, prevención y educación para la salud.

En vista de lo anterior, se puede concluir que el proceso de enfermería estandarizado ayuda a la organización mental de la información, al juicio clínico adecuado y a la toma de decisiones correctas; por lo tanto, les permite a los profesionales de enfermería hablar el mismo lenguaje clínico, facilita la consistencia en la comunicación y la documentación y la implementación de registros electrónicos de salud.

En el año 2002 salió a la luz la Taxonomía II de acuerdo con los criterios establecidos por el *Committee for Nursing Practice Information Infrastructure* (CNPII) de la ANA. (7)

NANDA-I taxonomía es “Un ordenamiento sistemático del fenómeno que define el conocimiento de la disciplina de enfermería”, en otras palabras, es “un esquema de clasificación que ayuda a organizar los conceptos de interés o preocupación de la práctica de enfermería”. (10)

La taxonomía II está compuesta de siete ejes que representan las dimensiones de la respuesta humana, y sirven de guía para elaborar el proceso diagnóstico. Al mismo tiempo consta de cuatro niveles, el primero presenta el nivel de abstracción mas alto con trece dominios y cada uno representa un campo de actividad, el segundo con cuarenta y siete clases, el tercero de ciento seis conceptos y el cuarto de doscientos treinta y cinco diagnósticos. (10,12)

Los ejes representan la etiqueta del diagnóstico a través de su valor, y son los siguientes:(10)

- 1- El enfoque del diagnóstico (concepto): describe de la respuesta humana y forma el núcleo del diagnóstico.

- 2- Sujeto del diagnóstico: presenta al Individuo, familia, grupo, proveedor de cuidado, comunidad, etc. sobre lo cual se determina el diagnóstico.
- 3- Juicio: especifica el significado del enfoque del diagnóstico.
- 4- Localización: la parte del cuerpo o su función relacionada.
- 5- Edad.
- 6- Tiempo (agudo, crónico, intermitente): la duración del diagnóstico.
- 7- Estado del diagnóstico (riesgo, promoción de salud, enfocado en problema): refiere a la actualidad o potencialidad del problema.

Los 13 dominios son: (10)

- 1- Promoción de salud
- 2- Nutrición
- 3- Eliminación e intercambio
- 4- Actividades y descanso
- 5- Percepción/cognición
- 6- Autopercepción
- 7- Relaciones de rol
- 8- Sexualidad
- 9- Adaptación/ tolerancia al estrés
- 10- Principios de la vida
- 11- Seguridad/ protección
- 12- Comodidad
- 13- Crecimiento/ desarrollo

Los componentes del diagnóstico de enfermería en la NANDA son: (9,10)

- 1- Etiqueta del diagnóstico: Nombre que refleja su enfoque y el juicio clínico
- 2- Definición: descripción que aclara su significado y ayuda a diferenciarlo de los otros diagnósticos.
- 3- Las características definidoras: “síntomas y signos que juntos representan un diagnóstico”.(9)
- 4- Factores de riesgo: “elementos ambientales, psicológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad del sujeto a un evento no saludable”.(10)



- 5- Factores relacionados: “factores que han influido en el cambio del estado de salud”.<sup>(9)</sup>

En la misma línea de pensamiento, y con el objetivo de unificar el proceso de enfermería aún más, la NANDA desarrolló acto seguido la NIC y la NOC, que junto con los diagnósticos de enfermería forman el lenguaje estandarizado de enfermería NNN.

El sistema NIC tiene cuatro niveles, el primero compuesto de 7 dominios, el segundo representa 30 clases, el tercero formado por 554 intervenciones y el cuarto de un número indeterminado de actividades. <sup>(12)</sup>

Una intervención es “un tratamiento realizado por el enfermero/a a partir de un conjunto de actividades”. <sup>(12)</sup>

El NOC también tiene cuatro niveles, el primero con 7 dominios, el segundo 32 clases y el tercero contiene 490 resultados obtenidos con las intervenciones y el cuarto contiene un grupo de indicadores que representan el estado específico del paciente en relación con los resultados. <sup>(12)</sup>

Como se ha mencionado anteriormente el NNN se consideran un lenguaje enfermero estandarizado internacional, que presta al personal de enfermería un modo de comunicación para describe claramente el rol y las actividades de enfermería. <sup>(13)</sup>

Las ventajas que proporcionan los lenguajes enfermeros estandarizados son: <sup>(13–16)</sup>

- 1- Proporcionar medios para documentar las actividades de enfermería y aumentar la visibilidad del rol y las acciones de enfermería.
- 2- Mejorar el cuidado de los pacientes y sus familias.
- 3- Facilitar la evaluación de los resultados.
- 4- Permitir la recuperación y el análisis continuo de la documentación para apoyar la atención de enfermería de calidad y la práctica de enfermería basada en la evidencia científica.
- 5- Garantizar un formato estándar para el análisis de la documentación.
- 6- Proporcionar la estructura para cuantificar la práctica clínica de enfermería.
- 7- Mejorar la comunicación entre el personal de enfermería y otros proveedores de servicios de la salud, y entre ellos y los pacientes y sus familiares.

- 8- Comunicar los elementos de la práctica de enfermería dentro de los registros electrónicos de la salud.
- 9- Promocionar la investigación
- 10- Definir las competencias de enfermería y facilitar su evaluación.
- 11- Prestar un modelo educativo a las facultades de enfermería
- 12- Abrir líneas nuevas de investigación en enfermería

En la actualidad hay alrededor de 12 terminologías de enfermería estandarizados reconocidas por La ANA: (6,17) (Tabla 1)

**Tabla 1:** Terminologías enfermeros estandarizados

Terminología	Desarrollada	Reconocida	Descripción
<i>NANDA-I</i>	1973	1992	Terminología de interfase, contiene diagnósticos de enfermería
<i>NIC</i>	1987	1992	Terminología de interfase, contiene intervenciones de enfermería
<i>NOC</i>	1991	1997	Terminología de interfase, contiene resultados de enfermería
<i>Clinical Care Classification System (CCC)</i>	1988	1992	Terminología de interfase, contiene diagnósticos, intervenciones y clasificación de resultados de enfermería
<i>The Omaha System</i>	1975	1992	Terminología de interfase, contiene diagnósticos, intervenciones y clasificaciones de resultados de enfermería
<i>Perioperative Nursing Data Set (PNDS)</i>	1988	1999	Terminología de interfase, contiene diagnósticos, intervenciones y clasificaciones de resultados de enfermería
<i>International Classification for Nursing Practice (ICNP)</i>	1989	2000	Terminología de interfase, contiene diagnósticos, intervenciones y clasificaciones de resultados de enfermería
<i>Systemized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT)</i>	2000	2002	<i>Terminología de referencia</i> , contiene diagnósticos, intervenciones, resultados de enfermería y recomendaciones
<i>Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)</i>	1994	2002	<i>Terminología de referencia</i> , contiene evaluación y resultados.
<i>Nursing Minimum Data Sets (NMDS)</i>	1985	1999	<i>Minimum Data Set</i> , contiene elementos de datos clínicos.
<i>Nursing Management Minimum Data Sets (NMMDS)</i>	1989	1998	<i>Minimum Data Set</i> , contiene elementos de datos de gestión.
<i>ABC Codes</i>	1996	2000	Terminología de interfase, <i>contiene códigos de facturación.</i>

En la descripción de las terminologías reconocida por la ANA, notamos que estén divididos en tres tipos de terminologías:

- 1- Terminologías de interfase: “una colección sistemática de los términos relacionados con el cuidado de la salud que apoya a los profesionales clínicos registrando la información relacionada con los pacientes en un sistema informatizado”. (17) La Dra. Juvé en su libro “La Terminología ATIC” define una terminología de interfase como “un lenguaje normalizado, sistematizado y organizado, basado en el lenguaje natural, que facilita la entrada de datos en los sistemas de información y que contribuye a garantizar los outputs”. (18)
- 2- Mínimum Data Sets: “un conjunto mínimo de artículos o elementos de información con definiciones y categorías uniformes, en relación con un aspecto o dimensión específica del sistema de atención de la salud, que satisfaga las necesidades esenciales de múltiples usuarios de datos”. (17)
- 3- Terminologías de Referencia: diseñadas para “proporcionan semánticas comunes para implementaciones diversas, e idealmente, permiten a los clínicos usar términos (sinónimos) apropiados para sus prácticas específicas de la disciplina. El mapeo de las terminologías de interfase con las terminologías de referencia permite tener un vocabulario estandarizado, compartido para comunicar datos entre los diferentes entornos”. (17)

Es relevante también aclarar la diferencia entre terminología y taxonomía, mientras la taxonomía es un sistema de clasificación de niveles de grupos y subgrupos, una terminología es el lenguaje utilizado dentro de una disciplina para describir sus conocimientos, por lo tanto, cuando hablamos de los diagnósticos de enfermería mismos hablamos de terminología, y cuando hablamos de la manera están estructurados o categorizados hablamos de taxonomía. (10)

En España en los años noventa salió a la luz una nueva terminología de interfase llamada Arquitectura, Terminología, Información \_ Interfase \_ Enfermera y Conocimiento (ATIC) de la autora la Dra. María Eulalia Juvé i Udina.

“La versión alfa de la ATIC fue diseñada entre 1997 y 2002 como contribución propia a distintos sistemas de información de enfermería en el ámbito hospitalario, que nunca llegaron a implantarse. La versión beta de esta terminología, que incorporaba

esencialmente aspectos de fundamentación metodológica, fue elaborada entre 2003 y 2005 como continuidad de este trabajo personal no publicado”. (19)

ATIC ha sido desarrollada a base de un análisis profundo y sistemático del lenguaje natural de los enfermeros/as en los registros de enfermería. Cada uno de los ejes del lenguaje ATIC contiene términos y conceptos basados en dicho estudio del lenguaje natural. El contenido de la terminología ATIC permite la introducción de datos concretos en los sistemas de información asistencial (SIA), evitando registrar conceptos que no requieren ser registrados, dando valor al registro de enfermería como parte de la historia clínica del paciente. (19)

Los ejes Principales de la ATIC: (18)

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Intervenciones

Los ejes secundarios son: (18)

1. Beneficiarios
2. Localización.
3. Acciones
4. Productos
5. Temporalidad
6. Unidades de medida
7. Condiciones
8. Sustancias
9. Otras especificaciones.

La autora de esta terminología explica que no pretende sustituir a las clasificaciones existentes sino completarlas. (19)

Esta terminología tiene como objetivos: (19)

- 1- Garantizar la seguridad del paciente y la calidad de los servicios.

- 2- La continuidad de los cuidados de enfermería
- 3- Fomentar la práctica reflexiva
- 4- Generalizar el registro de enfermería
- 5- Facilitar la comunicación interprofesional.

En el año 2008 ATIC ha sido utilizada en los sistemas de información de 11 hospitales en Cataluña, y ha sido validada en muchos estudios publicados a nivel nacional e internacional. (20)

Los lenguajes enfermeros estandarizados se consideran hoy en día la tercera generación del proceso de enfermería y está enfocada en los resultados vinculados a las intervenciones.

La comprensión, la correcta implantación y aplicación de los lenguajes enfermeros garantiza proporcionar atención de enfermería integral, respetando el hecho de que el estado de salud de las personas se ve afectado por un conjunto de aspectos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales, y proporciona una herramienta útil para la investigación y la educación de enfermería.



**“Sé el cambio que quieres ver en el mundo”**

Mahatma Gandhi





## **4.2. LA ENFERMERÍA EN EL MUNDO ÁRABE**

La historia de la enfermería en el mundo árabe es tan antigua como los tiempos del Profeta Mahoma, con Rufaida Al-Aslamiya considerada la primera enfermera en el islam. Rufaida acompañaba al ejército islámico para prestar primeros auxilios a los heridos, curar las heridas, darles de comer y beber, y proporcionar apoyo emocional. (21)

Rufaida aprendió las herramientas básicas del cuidado sanitario de su padre, que era un sanador popular.

Ha sido reconocida como la fundadora de la enfermería en la época del islam, y algunos autores confirman que creó el primer colegio de enfermería en el mundo árabe y dictó el primer código de ética de enfermería 12 siglos antes que Nightingale. (22–24)

Poco está documentado sobre ella, pero se sabe que ha entrenado a muchas mujeres en su época y siguieron sus pasos practicando la enfermería, entre ellas Nusaibat Bint Kaab. (25)

Sus enseñanzas promocionaron el respeto a la profesión de enfermería en la sociedad musulmana, y incluso solían llamar a las enfermeras “los ángeles de misericordia” indicando su rol de cuidado como una misión espiritual.

Con la aprobación del profeta Mahoma, Rufaida prestaba atención de enfermería a ambos géneros, y en la historia mas reciente del islam, los hospitales en Egipto y Iraq prestaron atención sanitaria sin discriminación a gente de cualquier origen o religión, y contaron con personal de enfermería de ambos géneros. (22)

Esta versión de la enfermería en el islam, respetada, apreciada y sin tabúes, no es la misma hoy en día en los países árabes y musulmanes. Miles de años después de la época de Mahoma la enfermería no se considera una profesión digna para las mujeres en algunos países árabes, especialmente Arabia Saudí y los países del Golfo; las familias se sientan muy preocupadas por el efecto de esta profesión sobre la reputación y el honor de las mujeres, y afirman que tratar con pacientes del género masculino y cuidarlos pone en compromiso su moralidad. (26)

Estas creencias que hacen creer que la práctica de enfermería se salta algunas reglas religiosas que por ellos no se deben permitir muestran una confusión entre la religión y la cultura o una mala interpretación de las enseñanzas y moralidad del islam.

La particular cultura de la región árabe dominada por los valores del islam, confusos en muchos aspectos en la mayoría de sus países, tuvo su efecto en el desarrollo de la profesión de enfermería y en la imagen social hacia dicha profesión, y por efecto la imagen de la profesión en los ojos del personal de enfermería mismo.

La imagen social de cada profesión, además de limitar el número de personas que elegirán la enfermería como profesión, bajar el nivel de satisfacción de los pacientes y aumentar el nivel de *burnout* de los profesionales, puede llegar a limitar los planes y recursos de desarrollo de las entidades administrativas de cada país.

La comprensión de la cultura árabe y, por lo tanto, la cultura del profesional de enfermería ayudará a entender como ha ido desarrollando la profesión de enfermería en la región árabe, el porqué de cada fenómeno y la situación actual.

Abordaremos más en profundidad el tema de la cultura árabe en la sección (1.3.); y nos limitamos en esta parte a un acercamiento a los aspectos culturales y religiosos que afectaron y siguen afectando al desarrollo de la profesión de enfermería en la región árabe.

La literatura sobre el estatus de la enfermería en el mundo árabe confirma una mejora notable en la imagen social, la participación de los hombres en la profesión y los sistemas educativos, pero, la sociedad árabe sigue siendo afectada por muchos estereotipos en cuanto a su perspectiva sobre la enfermería como profesión, se refiere a la imagen de una profesión dependiente del médico, femenina y limitada el cuidar.

En realidad, esta imagen social no es exclusiva al mundo árabe, “según Ben Natan y Beker 2010, se percibe la profesión de enfermería como una profesión que carece de desafíos, responsabilidad, estatus, condiciones de trabajo cómodas, oportunidades profesionales y salarios altos”. (27)

Una imagen del trabajo de enfermería como algo limitado a cuidar y seguir las instrucciones del médico, ha generado una infraestimación del esfuerzo académico de los/as enfermeros/as, a la disciplina detrás de esta profesión y la ha posicionado en un lugar inferior a muchas otras profesiones.

Hay que recordar que, a lo largo de la historia, el cuidar ha sido asociado con las mujeres, y la naturaleza de la enfermería vinculada fuertemente al arte del cuidado ha creado esta imagen de profesión femenina.

Históricamente, los hombres que optaron por elegir la enfermería como profesión lo hicieron pensando en las oportunidades de encontrar trabajo, buen salario y seguridad profesional, y confirman que el reto principal para ellos era ser parte de una profesión con una orientación femenina, de hecho, existía la percepción de los enfermeros como homosexuales, una etiqueta desagradable para algunos y totalmente rechazada en el mundo árabe y islámico. En muchas ocasiones los que querían trabajar en enfermería optaron por especialidades con más aprecio al rol masculino, como la salud mental. (28)

Este rechazo de los hombres a formar parte de la profesión es mundial, aunque hoy en día se nota una mejora, y el número de enfermeros está aumentando de manera significativa.

Aunque el pensamiento colectivo de la sociedad árabe considera la profesión de enfermería una profesión femenina, las mujeres saudíes por ejemplo renuncian a formar parte de esta profesión para no violar la moralidad del islam; trabajando fuera de casa y cuidando a pacientes del género masculino; y para evitar un juicio social que les puede impedir casarse y formar una familia.

Se suma a las contradicciones de esta sociedad, como en muchas otras sociedades árabes especialmente en el Golfo y en las zonas rurales de los otros países, el hecho de que esta preocupación de violar las normas morales trabajando como enfermera no ha saltado a otras profesiones de salud que comparten las mismas condiciones de trabajo.

Este rechazo hacia el trabajo de la mujer como enfermera, durante mucho tiempo no fomentó la tendencia de tener más enfermeros hombres, al contrario, la imagen social también causó el rechazo de los hombres a elegir la enfermería como profesión, pero por otras críticas sociales, principalmente esta imagen de profesión femenina, inferior y sin prestigio social.

Como es de esperar, este rechazo de los nacionales en estos países a elegir la enfermería como profesión causó una dependencia muy alta del personal de enfermería expatriado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirma un déficit de 4.3 millones del personal sanitario en todo el mundo, además de la existencia de una concentración desigual a nivel geográfico en la mayoría de los países. En Oriente Medio hay un déficit de 306,031, y la región ocupa el segundo puesto más bajo en los recursos humanos sanitarios dentro de las siete regiones administrativas de la OMS. (29)

El informe (*Gulf Corporation council (GCC) Health Challenges 2050*) confirma que 230.000 enfermeras y enfermeros serán necesarios en la región del Golfo. <sup>(30)</sup>

La OMS confirma en su informe del 2008 que Oriente Medio cuenta con 4.6 enfermeros por cada 10000 habitantes, mientras la media global es de 9,3, y que 95% del personal de enfermería es expatriado. <sup>(29)</sup> (Tabla 2)

**Tabla (2):** Ratio personal de enfermería/ habitantes en algunos países árabes

País	Ratio personal de enfermería/ habitantes
Arabia Saudí	48 por cada 10000 <sup>(31,32)</sup>
Catar	74 por cada 10000 <sup>(31,32)</sup>
Jordania	27.6 por cada 10000 <sup>(33)</sup>
Kuwait	3.90 por cada 1000
Bahréin	36 por cada 10000 <sup>(31)</sup>
EAU	41 por cada 10000 <sup>(31)</sup>
Egipto	2.67 por cada 1000 <sup>(34)</sup>
Omán	37 por cada 10000 <sup>(35)</sup>

Yemen por ejemplo está considerado por la OMS uno de los 57 países con un déficit crítico de personal sanitario; según los criterios de la OMS eso significa tener menos de 23 médicos, enfermeros y matronas por cada 10.000 Habitantes. <sup>(29)</sup>

Jordania y el Líbano tienen personal de enfermería preparado en las facultades nacionales, pero la mayoría del personal de enfermería está concentrado en las áreas urbanas, dejando a las zonas rurales gravemente desatendidas, y en ambos países hay una tendencia alta a emigrar para trabajar en el Golfo. <sup>(29)</sup>

La escasez de personal de enfermería nacional se debe, además de los factores mencionados, a la variación en los programas básicos de enfermería que causa la falta de estándares unificados, a la dependencia total de recursos educativos en segundos idiomas, principalmente inglés y francés y la escasez de recursos en árabe, y a la adaptación de los modelos educativos británicos o norteamericanos. <sup>(25,36)</sup>

Trumulty (2001) explica que, aunque el idioma oficial en los hospitales en Oriente Medio es el inglés, muchos enfermeros no dominan dicho idioma. (25) Esta realidad genera un nivel de estrés alto en el personal de enfermería, provoca barreras de comunicación y produce un descenso en el nivel de cuidados prestados.

La OMS informa también que, a pesar del notable desarrollo en Oriente Medio de la educación y la práctica de enfermería, las enfermeras/os no están involucrados en las decisiones políticas relacionadas con la profesión; según la OMS eso puede atribuirse al predominio del personal de enfermería femenino, los salarios bajos, las malas condiciones de trabajo, el bajo estatus de la profesión y las pocas oportunidades de promoción. (37)

En un estudio de 2017 llevado a cabo por Alghamdi, Topp y Alyaami para comparar la satisfacción profesional y la percepción del estilo de transformación del liderazgo entre los líderes de enfermería en AS, los resultados indicaron que, en una sociedad dominada por el género masculino, se percibe a los hombres como líderes más eficaces y su estilo de liderazgo produce más satisfacción profesional al personal de enfermería, incluidas las enfermeras. (28) Los resultados de este estudio pueden apoyar a la relación entre la mayoritaria femenina en la profesión y la falta de participación en la decisión políticas relacionadas con la profesión mencionada por la OMS.

De lo general a lo particular, presentamos en la siguiente parte, información específica sobre la profesión de enfermería en algunos países árabes, con la limitación de las escasas publicaciones sobre el tema.

### **Arabia Saudí:**

La cultura saudí ha sido definida por Almutari y McCarthy como "una mezcla única de tradiciones y costumbres tribales árabes y la cosmovisión islámica, que conforma la mentalidad y el comportamiento de los saudíes". (38)

Las normas islámicas están extendidas en todos los aspectos de la vida, incluido el sistema legal; y tiene una influencia significativa en las decisiones relacionadas con la profesión de enfermería.

La enfermería está considerada una profesión femenina dependiente del médico, pero con una participación de las mujeres saudíes muy baja; dado que se percibe como inapropiada para las mujeres porque supone cuidar a pacientes del género masculino y esto se ve como violación de la moral islámica.

La separación de género es una necesidad en la sociedad saudí, incluso en los dispositivos sanitarios; no solo los enfermos prefieren ser tratados con personal sanitario del mismo género, sino el personal de enfermería mismo prefiere trabajar con el mismo género.

En un estudio realizado en 2015 con la participación de 533 enfermeros y enfermeras, de los cuales el 51% eran mujeres, las participantes confirmaron estar más satisfechas trabajando en un lugar de trabajo con separación de género. (28)

Arabia Saudí sufre como la mayoría de los países del mundo un déficit importante en el personal de enfermería, debido a factores sociales y culturales; y depende del personal expatriado para cumplir con las necesidades del país.

Además de los factores socioculturales que afectan al déficit, el ambiente del trabajo también juega un rol en el mismo y en el rechazo a la profesión de parte de los nacionales, se refiere a los turnos, el trabajo los fines de semana y las jornadas largas de trabajo provocadas por la falta del personal. Estas condiciones de trabajo provocan una presión social y una resistencia a optar por la enfermería como profesión.

Desde el año 1992, el gobierno intenta implementar la dependencia al personal nacional,(38) aun así y según el informe del ministerio de salud (2010) el personal de enfermería expatriado forma el 74% del total del personal de enfermería en el país. (39)

Esta dependencia ha creado un problema muy serio, dado que el personal de enfermería en su mayoría no comparte ni el lenguaje, ni la cultura ni la religión de los saudíes, por lo tanto, la necesidad de disponer de enfermos/as locales es muy urgente para garantizar cuidados de enfermería de calidad. (38)

Otra preocupación más relacionada con la profesión en Arabia Saudí es la alta tasa de rotación, que según los estudios es del 30% (32), también es debida a la influencia cultural y religiosa mencionada anteriormente y a la falta de competencias culturales del personal expatriado.

Un estudio realizado para examinar la actitud del estudiante de secundaria hacia la enfermería como profesión, indica que solo el 5.2% de los participantes consideraron la posibilidad de elegir la enfermería como carrera universitaria. Otros estudios muestran una actitud positiva hacia la profesión de los enfermeros/as saudíes, pero, aun así, el 43% de los participantes en esos estudios confirmaron su intención de dejar de ejercer en el

futuro, y las razones eran las jornadas largas de trabajo y tener que trabajar con el género opuesto. (32)

En 1976 Arabia Saudí fundó dos colegios de enfermería que otorgan el grado de enfermería después de cumplir un programa educativo de 4 años, con acceso abierto para los nacionales. El número de colegios se aumentó para llegar a 18 programas en 2006 que ofrecen el certificado de diplomado en enfermería, aunque estos programas tienen como objetivo entrenar al personal en lugar de educarlo. (38)

El inglés es el idioma oficial en el sector sanitario, aunque muchos del expatriados no dominan el inglés, y tampoco el árabe. (24)

Los expertos confirman que un sistema educativo unificado y estándar de enfermería es la base para proporcionar personal de enfermería nacional bien preparado, y destacan la importancia de una preparación que tenga en consideración la particular cultura en Arabia Saudí.

Queda mencionar que el consejo de la colaboración del Golfo proporcionó guías básicas para la conducta de enfermería en el Código Profesional de Enfermería en 2001, pero no contiene instrucciones específicas relacionadas con los aspectos culturales y religiosos del cuidado. (21)

Dicho lo anterior, Arabia Saudí necesita promocionar la profesión de enfermería como disciplina sin estereotipos para cambiar la imagen social y depender menos del personal expatriado, examinar las competencias culturales del personal expatriado contratado y desarrollar un sistema educativo unificado estándar para cumplir con las necesidades del país y prestar servicios de calidad.

### **Bahréin:**

La profesión de enfermería en Bahréin salió a la luz en el año 1931 con la entrada de la primera enfermera india a trabajar en el país. El primer colegio de enfermería fue inaugurado en 1959 con un programa de 4 años, y fue el primero en la región del Golfo.(37)

En 1991 la Sociedad Bahreiní de Enfermería fue establecida como el cuerpo oficial para desarrollar la profesión de enfermería con la misión de proponer recomendaciones de estrategias y políticas para regular la profesión. Este cuerpo publicó el Código de Conducta Profesional de Enfermería en el año 2002. (37)



A lo largo de la historia del país, la enfermería era una opción inaceptable; hoy en día es una profesión más reconocida y aceptable, pero, la imagen de la profesión de enfermería en la sociedad es preocupante como en todos los países de Oriente Medio, las familias la siguen percibiendo como inadecuada para sus hijas, y consideran cuidar a un enfermo del género opuesto es inapropiado, y que los turnos de trabajo son un obstáculo para cumplir con sus deberes como esposas y madres. (37)

A demás, la profesión de enfermería se considera un trabajo de bajo estatus, de tareas desagradables y mal pagado. (40)

A pesar de las limitaciones culturales, la mayoría del personal de enfermería en Bahrén son mujeres, el país cuenta con 2.800 enfermeros y enfermeras, 50% de ellos son nacionales, y de ellos solo 8% son hombres. (30)

El país necesita 4.000 enfermeras/os más para cumplir con los parámetros de la OMS. Estas cifras muestran una dependencia importante del personal de enfermería expatriados y un rechazo del género masculino hacia esta profesión. (37)

### **Catar:**

Según la OMS, Catar también sufre el déficit del personal de enfermería, y cuenta con un porcentaje muy bajo de enfermeros/as internamente entrenados por la falta de interés de los nacionales y la imagen de una profesión de bajo estatus en el país. Como los otros países del Golfo depende de los expatriados, principalmente de India y Filipinas. (29)

El 80% de los habitantes de Catar son expatriados, y consideran al país muy atractivo para trabajar debido a los altos salarios y el bajo coste de la vida. (41)

Catar cuenta con 74 enfermeros/as para cada 10.000 habitantes. (31,32)

Aunque el primer enfermero contratado en Catar era hombre, en 1950, (42) la enfermería en Catar se considera una profesión femenina, y sólo se admiten mujeres en los programas de formación en enfermería. (41)

Los enfermeros se contratan para trabajar con los enfermos masculinos y todos son expatriados. (41)

El inglés es el idioma oficial en la enseñanza de enfermería en Catar en los tres niveles de programas de preparación; dos años, diplomados con 3 años, y graduados con 4 años.(41)

### **Emiratos Árabes Unidos:**

Emiratos Árabes Unidos (EAU) se enfrentan a una serie de retos en la educación de enfermería, entre ellos la adopción de los modelos internacionales, la presencia dominante de un modelo de liderazgo jerárquico, la falta de comunicación, la pobreza en los recursos educativos y un número escaso de alumnos que optan por estudiar enfermería.<sup>(40)</sup>

Hay dos cuerpos oficiales organizativos para la profesión de enfermería en EAU, uno es la Asociación de Enfermería de EAU que fue establecida en el 2001 y otro es el Consejo de Enfermería establecido en 2009. <sup>(43)</sup>

Ambos se consideran pasos importantes para desarrollar normas estándares que regulen la profesión, aunque todavía les falta mucho trabajo para llegar a regular la educación y la práctica de la enfermería en el país.

Hay que tener en cuenta cuando hablamos de EAU que es un país que cuenta con solo un porcentaje bajo de nacionales dentro de la totalidad de la población y el personal de enfermería en el país casi entero está compuesto de expatriados.

EAU cuenta con 10.000 enfermeros/as de mas de 103 nacionalidades, y solo el 3% del personal de enfermería es nacional. <sup>(25,44)</sup>

Debido al alto porcentaje de expatriados, el inglés es el idioma oficial en el sector sanitario.

Además, se cree que el personal expatriado imponer sus valores culturales en los pacientes, lo cual genera lagunas muy importantes en el proceso de cuidado, y causa un conflicto cultural y moral que afecta al resultado final del plan del cuidado y por lo tanto al estado de salud de los pacientes. <sup>(25)</sup>

### **Egipto:**

La enfermería en Egipto es una profesión predominantemente femenina. <sup>(45)</sup>

El país sufre como todos los del mundo un déficit en el personal de enfermería. El Ministerio de Sanidad informó en 2008 de que el déficit es de 44.000 enfermeros/as. <sup>(34)</sup>

Fullerton y Sukkary confirman en su artículo publicado en 1995 que, a pesar de una infraestructura de la salud bien establecida en el país y la oferta educativa amplia para

estudiar enfermería, las enfermeras en Egipto sufren las desventajas socioculturales relacionadas con su género, y los tabúes relacionados con prestar atención a pacientes del género masculino, las largas jornadas de trabajo, los salarios bajos y el ambiente laboral dominado por el prestigio de los médicos. (46)

En Egipto existen tres niveles de educación de enfermería, el grado de enfermería de 4 años, el diploma de 3 años y un programa de dos años. (45)

El personal de enfermería en Egipto cuenta con 202.542 enfermeros/as, casi el 90% de ellos con diplomatura y solo el 6 al 8% con grado de enfermería. (34)

### **Iraq:**

El primer programa de enfermería empezó en Iraq en 1933 in Bagdad, con mucha dificultad de reclutamiento, debido la prohibición social del trabajo de la mujer.

El primer programa de grado de enfermería empezó en el año 1963, y según una publicación del 2005 el país cuenta con programas de grado en 3 universidades.(47) Y en el 1986 empezaron a ofrecer el grado de máster. (48)

En el 1962 el Colegio de Enfermería fue establecido bajo la administración de la OMS.

Antes de la guerra en Iraq, la enfermería era una profesión exclusiva para las mujeres, esta situación ha cambiado a partir del año 1982. (47) En el informe del País del OMS sobre los países de Oriente Medio confirma que la enfermería sigue siendo valorada como profesión inferior y que los hombres forman el 70% del personal de enfermería en Iraq.(49)

No hay información que justifica esta cifra alta en Iraq, pensamos que esto puede ser debido a la dominación islamista radical después de la guerra y a las escasas oportunidades de trabajo que puede empujar a elegir profesiones que garanticen un trabajo nada más graduarse de la universidad, y a la alta demanda de personal sanitario en circunstancias de guerra.

### **Jordania:**

El primer programa universitario de enfermería en Jordania fue establecido en el año 1972 en la Universidad de Jordania, y hasta el año 1982 solo las mujeres podían unirse al programa.

En 2005 el país contaba con 9 programas universitarios de enfermería, y en 2007 los estudiantes masculinos representaban el 65% del total de 6.106 estudiantes de enfermería registrados en los 9 programas. (50)

Esta cifra de participación de los hombres es más alta que la media mundial, y se considera una señal positiva que rompe con la imagen de la profesión como profesión femenina.

Actualmente cuenta con un sistema educativo nacional de enfermería bien desarrollado, con el grado de enfermería como requisito para ejercer la profesión, y el inglés idioma oficial de enseñanza.

Jordania contaba en 2017 con 30.000 enfermeros/as registrados y 14.500 ejerciendo la profesión, con un aumento anual de 1.500 enfermeros/as. El 50% del personal de enfermería en Jordania son hombres.

Jordania he conseguido una mejora significativa en la imagen social de la profesión de enfermería, y cuenta con muchos programas educativos de enfermería con el apoyo de la Princesa Mona Al-Hussein presidenta del Consejo General de Enfermería en Jordania.

A pesar de este cambio importante en la imagen social y los esfuerzos de los cuerpos administrativos, la enfermería sigue siendo concebida por la sociedad como profesión femenina y con tareas inespecíficas.

A pesar de su imagen como profesión femenina, los estudios muestran un rechazo de parte de las mujeres a elegir esta profesión por los turnos de noche. Muchas de las enfermeras abandonan la profesión una vez casadas si la situación económica de la familia lo permite.

Hay que destacar que probablemente el efecto cultural islámico mencionado en los países el Golfo no es tan poderoso en Jordania, y el déficit en el personal de enfermería se debe más a los siguientes factores: (51,52)

- 1- Las condiciones del trabajo y la carga alta de tareas caseras que tienen las mujeres en Jordania que no son compatibles con un trabajo con turnos y jornadas largas de trabajo como la enfermería.
- 2- Los bajos salarios y el lento aumento en los mismos

En Jordania como en el Líbano existe un problema serio de emigración del personal de enfermería para trabajar en el Golfo, motivado por los salarios altos y la facilidad de compartir el mismo idioma y la misma cultura. (53)

El Ratio de *turnover* en Jordania es del 36.6% y tiende a aumentar. La mayoría de los enfermos trabajan dos años en Jordania para ganar la experiencia mínima requerida para poder trabajar en el Golfo, y luego abandonan el país buscando un salario mejor. (33)

Al mismo tiempo este país pequeño y con un nivel económico moderado y limitado se enfrenta hoy en día a un aumento en la población nunca vivido antes debido a las guerras en los países vecinos y el alto nivel de inmigración hacia sus fronteras, una situación que causa una carga adicional en el sistema de salud y pone en duda la calidad de los servicios prestados. Hay que tener en consideración que el sector privado de salud presenta el 47% del total de los servicios sanitarios, y es un sector que no es accesible para la mayoría de los habitantes del país porque supera sus posibilidades económicas. (33)

### **Kuwait:**

En Kuwait hay 3 niveles de educación de enfermería, un programa de 3 años establecido en 1962, otro de dos años y medio que da el certificado de enfermero/a asociado/a establecido en 1974 y el grado de enfermería con 4 años de preparación establecido en 1982. (44)

Igual que los países mencionados anteriormente, en Kuwait los valores culturales y religiosos afectan de manera negativa a la imagen de la profesión de enfermería. (22)

A pesar de los esfuerzos de las autoridades educativas en Kuwait, no se ha conseguido aumentar el número de alumnos matriculados en enfermería, esto se debe a la falta de motivación de los alumnos provocada por la imagen social de la profesión.

La profesión de enfermería está considerada en la sociedad kuwaití como de bajo estatus, pasiva, sin poder o participación en la toma de decisiones y sin conocimientos, y los enfermeros/as están considerados como sirvientes de los pacientes al mando de los médicos. Además, las mujeres no optan por esta profesión para no violar las normas culturales y religiosas trabajando con hombres, muchas horas y en turnos de noche. (44)

En un estudio en lo cual participaron 80 enfermeras/os kuwaitís, los participantes confirman enfrentarse a muchos retos, entre ellos los salarios bajos, falta de apoyo familiar, falta de flexibilidad en los horarios del trabajo, falta de acceso a la educación

avanzada, imagen social negativa y falta de respeto del personal sanitario no musulmán.<sup>(22)</sup>

Otros factores que juegan un rol en el déficit de personal nacional en el país son: la falta de personal, la alta carga de trabajo, las horas extras y la falta de apoyo y de programas educativos en árabe. <sup>(44)</sup>

Por todo lo anterior, Kuwait es otro país dependiente del personal de enfermería expatriado. El personal de enfermería en Kuwait está formado por solo un 6,6% de enfermeros nacionales y el resto son expatriados. <sup>(44)</sup>

En Kuwait hay personal de enfermería de 35 nacionalidades, la mayoría de India y Filipinas, y una minoría de enfermeros árabes de los países vecinos; dado el alto porcentaje de expatriados que no hablan árabe, el inglés es el idioma oficial en los dispositivos sanitarios. <sup>(22)</sup>

### **Líbano:**

El desarrollo de la profesión de enfermería en el Líbano ha visto afectad por largos años de guerra civil y la inestabilidad política en el país desde hace décadas.

No hay muchos datos disponibles sobre el estado de la profesión en el Líbano. Por un parte se debe a la ausencia de un plan nacional de promoción y contratación, la falta de un sistema de control y vigilancia, y la falta de una estrategia nacional de retención del personal de enfermería; y por otra parte complica más la situación la contratación activa de enfermeros en los países del Golfo, la cultura de emigración dominante en el Líbano y las confirmadas dificultades para retener enfermeros/as competentes y bien preparados.<sup>(54)</sup>

El Orden de Enfermería del Líbano (ONL) es el cuerpo regulador de la profesión en el país, establecido en el año 2002, y registrarse en el ONL es un requisito para poder ejercer la profesión. <sup>(55)</sup>

El Líbano cuenta con tres tipos de programas de enfermería, uno académico con 3 años que permite obtener el grado en enfermería, otro técnico que otorga el certificado de técnico superior con 3 años de estudios, y un tercero también técnico para el certificado de grado técnico, ellos todos ofertados en inglés o francés. <sup>(56)</sup>

Según un artículo publicado en el 2010, hasta esa fecha al Líbano le faltaba un sistema nacional unificado para acreditar y observar la educación oficial de enfermería en el país, por lo tanto, no hay encuestas con cifras oficiales que indiquen la situación actual. El ONL en su informe del 2009 indica que el personal de enfermería cuenta con 10.000 enfermeros/as, de ellos el 46% graduados en enfermería. (56)

La mayoría de los/las enfermeros/as son jóvenes debido a la alta tasa de emigración entre los graduados de enfermería, se estima que solo un 60% de los graduados se quedan para trabajar en el país; y el resto lo abandonan para buscar mejores oportunidades fuera del país. (56)

Otra fuente de estadística indica que solo del 2 al 10% de los enfermeros/as emigran, al contrario de la cifra mencionada anteriormente. Esta contradicción puede señalar el hecho de que hay un abandono de la profesión, pero no necesariamente por emigración. (56)

En el Líbano hay 1,18 enfermeros por cada 1.000 habitantes, cuando la media global es de 4,06 por cada 1.000 habitantes. (57) Según la OMS (2006), esta es la octava densidad más baja de enfermería en Oriente Medio y el norte de África, en comparación con la media de 2,20 por cada 1.000 habitantes en la región. (54)

Los estudios confirman la existencia de un problema grave relacionado con el bajo nivel de satisfacción de los enfermeros en el Líbano y su intención de abandonar el país para trabajar fuera. Aun así, no hay estudios relacionados con las condiciones de trabajo para estudiar el porqué de este fenómeno, ni tampoco hay estrategias para reducir esta tendencia. (54)

Los autores del artículo “*Nurses Work environment and intent to leave in Lebanese hospitals: Implications for policy and practice*” (54) abordaron el tema en un intento de descubrir todos los aspectos relacionados con el ambiente y las condiciones de trabajo del personal de enfermería en el Líbano y su posible relación con esta tendencia de abandono del país. Utilizaron el “*Nursing Work Index (NWI)*” para evaluar la calidad del ambiente de trabajo del personal de enfermería. El NWI examina cuatro áreas: la autonomía, el control sobre la práctica, la relación con los médicos y el apoyo de la organización.

Se revisaron y analizaron 1.793 cuestionarios completados. Los resultados del estudio indican problemas críticos en el ambiente de trabajo, algunos tienen un efecto directo y fuerte en la tendencia a dejar el trabajo, entre ellos el nivel bajo de participación en la

toma de decisiones clínicas que indica un nivel bajo de apoyo de la organización y, por lo tanto, significa falta de oportunidades para el desarrollo profesional. (54)

La ratio de rotación del 78,9% es otra limitación más en el desarrollo de la profesión en el país, y los/las enfermeros/as prefieren trabajar y vivir en las zonas urbanas, donde se ofrece mejor salario. (29)

Para resumir, los problemas principales relacionados con el desarrollo de la profesión de enfermería en el Líbano son: (55)

- 1- Ausencia de un plan nacional de promoción y contratación, causando un nivel muy bajo de matrícula en los programas de enfermería.
- 2- Falta de organización y estandarización de los estudios de enfermería.
- 3- Nivel alto de inmigración: el 20% de los graduados emigran del país durante los primeros dos años después de graduarse.
- 4- Tasa baja de retención debido a la falta de una estrategia nacional de retención
- 5- Alta densidad en las zonas urbanas.

### **Omán:**

La práctica de enfermería empezó en 1950, y fue reconocida oficialmente como profesión en 1972. El gobierno apoyó el desarrollo de programas para intentar reducir la dependencia de los expatriados y los omaníes tenían todo el apoyo para estudiar enfermería en el extranjero para conseguir el grado en enfermería y títulos superiores como el máster, pero el número de enfermeros asistenciales de origen omaní sigue siendo muy limitado debido a que la mayoría de los graduados vuelven al país para ocupar puestos administrativos y de docencia. En 2008 Omán tenía 180 enfermos con grado en enfermería y 40 con Máster. (58)

### **Palestina:**

Hay escasa información sobre la profesión de enfermería en Palestina, lo cual, creemos, se debe a los largos años de historia bajo ocupación israelí desde el año 1948 hasta hoy.

En Cisjordania donde residen 2,6 millones de habitantes y de ellos el 80% son palestinos, el gobierno palestino tiene como prioridad proporcionar los servicios sociales básicos, dada la limitación de recursos y las restricciones de movimiento y de exportación. Los



hospitales se enfrentan a muchas dificultades, entre ellas la falta de equipos y suministros médicos, los cortes de la electricidad y la escasez de las fuentes de energía.

El Ministerio de Sanidad de la Autoridad Nacional Palestina depende del apoyo de los cuerpos internacionales y es la entidad responsable de la regularización de la práctica médica y la de enfermería. (59)

A nivel estructural organizativo, el Ministerio de Sanidad dejó a la enfermería bajo la descripción de un cuerpo dependiente donde el personal de enfermería está controlado y gestionado por los médicos.

Cisjordania cuenta con dos niveles de educación de enfermería en siete universidades, y los estudios se realizan en inglés.

Para ejercer la profesión, los graduados tienen que pasar por un proceso muy largo de aplicación al Ministerio de Sanidad Nacional Palestino, que es la única fuente de contratación de enfermeros/as. Este proceso de contratación se considera uno de los retos al que se enfrenta el personal de enfermería en Cisjordania, además de las restricciones impuestas por la ocupación israelí, como la limitación de movimiento, los múltiples puestos de control del ejército israelí y el muro construido alrededor de la zona.

Hay que tener en cuenta que las limitaciones mencionadas y relacionadas con la ocupación israelí son obstáculos a los que se enfrentan los enfermeros/as a diario para llegar a su lugar de trabajo; y dentro del trabajo, como el resto del personal sanitario, sufren la falta de recursos médicos, el déficit en el personal y condiciones de trabajo muy estresantes y exigentes como es de esperar en una situación de ocupación militar, donde la necesidad de la atención sanitaria es mucho más elevada que en cualquier otro país.

Un estudio realizado para examinar la experiencia vivida por los enfermeros/as palestinos en Cisjordania y los retos diarios reveló los siguientes temas de preocupación para los entrevistados: (59)

- 1- Trauma y humillación: por la alta tasa de heridos y de fallecimiento y la sensación continua de impotencia e incapacidad de mejorar los resultados de la atención por falta de recursos, y por los puntos de control del ejército israelí que a diario pueden provocar enfrentamientos y retrasos.
- 2- Conflictos relacionados con el rol personal y profesional: provocados por la dificultad conciliar el rol familiar y el profesional. En la mayoría de los casos el

trabajo está provocando un acortamiento de tiempo para los deberes familiares debido a la alta carga de trabajo y las horas extras requeridas para cumplir con las necesidades de una sociedad bajo continuas acciones militares, al miedo de volver a casa tarde y a la falta de medios de transporte nocturno.

- 3- El sesgo político en el lugar de trabajo y las dificultades que genera en la gestión de la práctica. Los directores no muestran comprensión con las dificultades a las que se enfrenta el personal de enfermería, los retrasos por los controles son criticados por los directores y pueden afectar a la promoción y la contratación. Además, aseguran que la lealtad a un partido político u otro puede dar o quitar autoridad y posibilidades de promoción y desarrollo profesional.
- 4- La falta de una descripción clara del rol de cada profesional: muchos asumen tareas alejados del verdadero rol de la enfermería. Otra vez es una situación provocada por la falta de personal frente a un nivel de exigencia de atención sanitaria muy alto.
- 5- Los salarios bajos y los retrasos en los sueldos que pueden prolongarse durante meses por falta de fondos, lo que les empuja a buscar un segundo trabajo para lograr una mínima seguridad económica.

A pesar de los retos y las dificultades especiales que sufren los enfermeros/as palestinos, el anterior estudio confirma que los participantes sienten un fuerte compromiso y obligación de cuidar a la gente en su sociedad, y aseguran el apoyo de sus familias y el aprecio a su labor y lo consideran sagrado, y los enfermeros mismos muestran un nivel muy alto de satisfacción jugando este rol tan importante en la sociedad.

Esta imagen tan particular de la enfermería en Palestina es de esperar en una sociedad que sufre homicidios todos los días y tiene una necesidad de atención sanitaria excepcional, en lo cual las interpretaciones religiosas y culturales cambian radicalmente y desaparece la imagen de la profesión de enfermería de bajo estatus, femenina e inapropiada para las mujeres como en las otras sociedades árabes.

Entendemos que algunas familias comparten la imagen de la profesión con los otros países árabes, especialmente en la franja de Gaza con un control más fuerte de los grupos religiosos, como los hermanos musulmanes, incluso allí no se manifiesta de forma intensa ni es dominante.

La profesión de enfermería en el mundo árabe lucha contra los estereotipos sociales y culturales que históricamente afectaron al desarrollo de la profesión en todos los países del mundo. Las enseñanzas islámicas mal interpretadas y la confusión entre lo religioso y lo cultural son factores que dificultan aun más esta lucha, el islam bien interpretado fomenta el cuidado de los enfermos sin discriminación de ningún tipo, y el profeta Mahoma apoyó las labores de la primera enfermera en el islam.

Además, tienen que dar pasos serios en la organización de la educación y la práctica y proponer estrategias para la promoción de la profesión con el objetivo de disminuir la dependencia en el personal expatriado, para garantizar una atención de enfermería de calidad y orientada a la cultura de la región.

**“Your beliefs become your thoughts. Your thoughts become your words. Your words become your actions. Your actions become your habits. Your habits become your values. Your values become your destiny”**

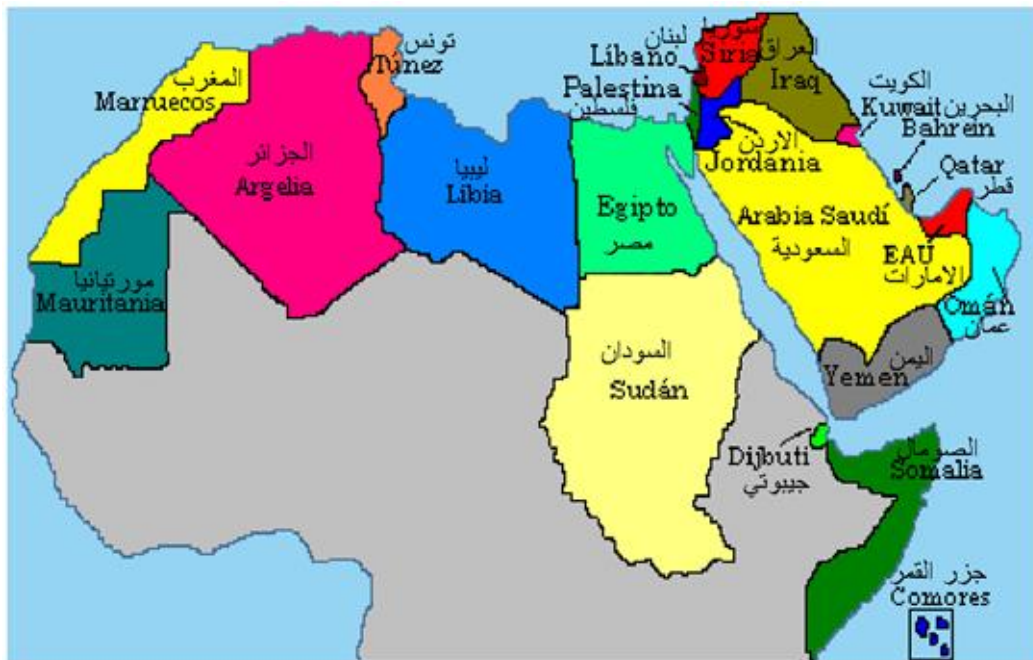
Mahatma Gandhi



### 4.3. LA CULTURA ÁRABE

El mundo árabe está dividido entre Asia y África y formado por 22 países que incluyen Argelia, Bahrein, Comoras, Yibuti, Egipto, Iraq, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Mauritania, Morocco, Omán, Palestina, Catar, Arabia Saudí, Somalia, Sudán, Siria, Túnez, EAU y Yemen. Con un total de 422 millón habitantes. <sup>(60)</sup> (Figura 1)

**Figura 1:** Mapa del mundo árabe



Los países árabes con la excepción de los países del Golfo se consideran países en desarrollo. Además, Palestina, Iraq, Líbano, Siria y Yemen se enfrentan a muchos retos relacionados con el desarrollo de su sistema de salud, debido a las consecuencias demográficas y económicas de las guerras.

El idioma oficial es el Árabe Moderno Estándar, derivado del árabe clásico que es el idioma del Corán, y el idioma escrito; y cada país tiene su dialecto propio.

La mayoría de los países árabes adoptan el islam como religión con la presencia de una minoría de cristianos.

Las sociedades árabes comparten una cultura general, aunque existen diferencias entre los países de Asia y África, y entre los países del Golfo y el resto de los países árabes de Oriente Medio.

La cultura es “el sistema ecológico biopsicosocial multinivel, multidimensional, y dinámico en el que una población de personas existe” es decir; “es un sistema organizativo que garantiza la supervivencia y el bienestar de los miembros, y proporciona medios comunes para encontrar el sentido de los acontecimientos de la vida especialmente en los tiempos de dificultades y desafíos”. (61)

La cultura árabe musulmana se describe como una cultura orientada al pasado, colectivista, de alto contexto, abstracta y con un estilo de comunicación implícito deductivo. (62)

Según Edward T. Hall la cultura árabe islámica se considera orientada al pasado: esta conclusión está basada en el hecho de que los árabes tienden a respetar mucho las tradiciones, valores y hábitos de los antepasados. Además, su lenguaje materno, el árabe es un idioma orientado al pasado también.

En cuanto al contexto, Hall describe la cultura árabe como una cultura de alto contexto, dado que cada palabra en árabe tiene muchas connotaciones, y solo el contexto de la conversación puede determinar el significado real de dicha palabra, además los árabes hablan con frases y expresiones generales porque suponen que el otro conoce la información detrás de sus palabras. (62)

Es una cultura abstracta porque se identifica con su lenguaje y el lenguaje es abstracto, y es colectivista por el comportamiento de alto compromiso de los individuos como parte de la familia. (62)

Añadimos a todo lo anterior que la cultura árabe es una cultura de evitación de riesgo, los árabes no se sienten cómodos con el cambio y la incertidumbre, y a raíz de esta característica prefieren la imitación y la mejora en vez de la innovación. Los árabes también respetan la desigualdad de la distribución del poder, reconocen el poder de los demás y no cuestionan la jerarquía del poder.

Por último, es una cultura orientada a la certidumbre, la mayoría de los árabes musulmanes consideran sus creencias ciertas y no pueden estar sujetas a críticas o dudas o ser sustituidas. (62)

Los siguientes componentes de la cultura árabe son comunes en todas las sociedades árabes, con mas o menos intensidad y compromiso, pero forman su identidad cultural:

#### 4.3.1. La religión

La religión es “un sistema de símbolos que actúa para establecer modos y motivaciones poderosas, permeables y duraderas en las personas al formular concepciones de un orden general de existencia y vestir, estas concepciones con tal aura de realidad que los estados de ánimo y las motivaciones parecen excepcionalmente realistas”. (63)

En el mundo árabe no se puede separar la cultura de la religión, de hecho, muchos valores que se consideran religiosos son realmente culturales.

El sistema laico es el dominante en los países occidentales, con una separación de la religión de las leyes que organizan la vida de la gente, por el contrario, en los países árabes el islam es el sistema óptimo de la vida y afecta a la perspectiva de los árabes sobre asuntos esenciales como la vida, la muerte, la enfermedad, la salud y el trabajo.

Con un efecto tan poderoso de la religión sobre la cultura es importante saber qué es el islam y cuales son sus rituales, e iluminar el punto de vista islámico sobre algunos temas relacionados con la salud y la enfermedad. La revisión de dicha perspectiva y de las necesidades y creencias del paciente musulmán abrirá la puerta a una comunicación adecuada y a una atención de salud integral y de calidad. (64)

El islam es una religión monoteísta abrahámica basada en la fe, y adora exclusivamente a Dios. Se inició en el año 622 en La Meca bajo el liderazgo del profeta Mahoma. (65)

El islam es la segunda religión con más seguidores en el mundo con un 22,43% de la población mundial. (64)

La palabra islam significa literalmente “aceptar, rendirse o someterse”. El islam es la sumisión total a Alá y a su voluntad a través del monoteísmo, la obediencia y el abandono de la idolatría, y el politeísmo es el pecado más serio y imperdonable; “Es cierto que Alá no perdona que se le asocie con nada, pero, fuera de eso, perdona a quien quiere, y quien atribuya asociados a Alá, habrá forjado una falsedad incurriendo en un enorme delito”.(66)

El libro sagrado del islam es el Corán; después del Corán como libro de referencia, los musulmanes siguen la *Sunna* del profeta Mahoma que conserva el registro de las acciones, dichos y enseñanzas del profeta.

Los principales pilares del islam son: el testimonio o *Shahadah*, es decir; aceptar que sólo hay un Dios y que Mahoma es el último y más importante de sus profetas, la oración o



*Salat*, la limosna o *Zakat*, el ayuno o *Seyam* en el mes de Ramadán, y la peregrinación o *Haj* a la Meca.

Conforme con las enseñanzas del islam, los musulmanes deben creer en Alá, sus ángeles, sus libros sagrados, sus profetas, en la vida más allá, y la predestinación.

La ley islámica o la *Sharia* constituye un sistema de deberes y derechos que para los musulmanes es la ley que organice todos los aspectos de la vida.

La ley islámica en la mayoría de los países árabes es una ley muy importante y esencial, dado que es la ley que organiza la mayoría de los asuntos interpersonales como el matrimonio y el divorcio, la muerte y la herencia.

A diferencia del judaísmo y el cristianismo, el islam se vive en relación directa entre el hombre y Dios. Los eruditos religiosos y imanes solamente pueden ayudar a entender o interpretar las enseñanzas del islam, pero nunca pueden dar el perdón.

Según el islam el hombre ha sido creado para adorar a Alá, y cada musulmán tiene derechos y deberes como un miembro de la sociedad musulmana: <sup>(64)</sup>

- 1- Los deberes hacia Alá.
- 2- Los deberes respecto a sí mismo, que incluyen el cuidado a su cuerpo; el cuidado de la mente a través la búsqueda del conocimiento y la purificación del alma a través de las oraciones y buenos actos.
- 3- Los derechos de los demás:
  - Los de la familia; mantener los vínculos familiares y la familia como fundamento de la sociedad islámica. En la sociedad árabe islámica los hijos no abandonan la casa de sus padres hasta que se casan, y en muchos casos ni siquiera entonces, por razones económicas o simplemente por respeto a la tradición de la familia.
  - Los de los padres; obedecer, respetar y cuidar a los padres es un deber vinculado directamente a la obediencia de Dios en el islam. “Tu señor ha ordenado que sólo lo adoréis a Él, y que hagáis el bien con los padres. Y si a alguno de ellos o a los dos juntos, les llega la vejez junto a ti, no les digas UFF ni los rechaces, sino que hálales con buenas palabras y baja sobre ellos el ala de la humildad que viene de la misericordia y di: ¡Señor mío! Ten piedad de ellos, al igual que ellos me criaron cuando era pequeño”. <sup>(67)</sup> Debido a esta obligación religiosa hacia los

padres, renunciar al cuidado de los padres o derivarlos a una residencia de mayores es muy mal visto en la sociedad árabe.

- Los del matrimonio: el Corán dice: “[...] y parte de sus signos es que os creó esposas sacadas de vosotros mismos para que encontrarais sosiego en ellas y pues entre vosotros amor y misericordia, realmente en eso hay signos para gente que reflexiona”. (68)
- Los de la comunidad y sociedad, y los de los vecinos; hay que tratarlos bien y está prohibido molestarlos o perjudicarlos. (69)

No todos los musulmanes tienen el mismo nivel de compromiso hacia los deberes, algunos son más abiertos a la hora de comprender las enseñanzas y aplicarlas.

#### **4.3.2. La familia**

Una característica muy profunda y condiciona muchos aspectos culturales en el mundo árabe es el valor de la familia.

La estructura familiar, con roles muy definidos dentro de cada una, con el padre como el poder único y quien toma la última decisión, y el rol de la madre como cuidadora de los hijos y responsable del bienestar de todos dentro de la casa, marca una diferencia muy importante con el concepto de la familia occidental.

Mientras en Occidente se fomenta la independencia y se aprecia el individualismo cada vez más, en la cultura árabe el individuo en sí no es importante, su importancia viene del grupo al que pertenece, su familia nuclear, su familia extendida y su comunidad.

La familia en el mundo árabe es una unidad muy fuerte y poderosa, donde las decisiones se toman en grupo, un consenso que tiene como finalidad el bienestar de todos, de hecho, el bien estar del grupo es mas importante que la felicidad del individuo, y los árabes en general se sienten culpables cuando se dan la prioridad a ellos mismos.

Esto es aplicable también a las decisiones relacionados con la salud y enfermedad; el profesional sanitario en los países árabes comparte la información con el entorno íntimo del paciente y cuenta con el apoyo familiar en el cuidado de su paciente.

El individuo gana su estima y su valor del valor de la familia, y formar parte de la familia le da una sensación de seguridad y apoyo.

Las personas mayores se tratan con mucho respeto y se aprecian por su experiencia en la vida y su dedicación toda su vida a la familia. Los hijos en la familia árabe no presumen solo de méritos propios, sino agradecen a sus padres, sus abuelos y sus hermanos/as mayores su rol en el desarrollo de su carácter, su profesión y su vida personal y familiar.

Los niños también tienen un aprecio especial en la sociedad árabe porque dan prestigio y un objetivo en la vida.

El aprecio al individualismo en Occidente se transmite en actitudes que forman la relación terapéutica de los pacientes con el personal de enfermería, los pacientes en Occidente, por ejemplo, son abiertos a la comunicación; y según Orlink y Benner, los enfermos en Occidente esperan que la/el enfermera/o les escuche y les proporciona la ayuda y el apoyo necesario para solucionar sus preocupaciones íntimos y personales. “Al contrario a los árabes, con el efecto de una cultura que destaca la unidad familiar encima del individualismo, la relación terapéutica también enfatiza la familia y la lealtad al grupo en lugar de la independencia y la autosuficiencia”. (70)

#### **4.3.3. La comunicación**

El estilo de comunicación de los árabes es implícito inductivo, el mensaje oculto implícito es el mensaje básico que quieren transmitir, y se expresan con frases generales sin detalles, esto es debido al lenguaje árabe que es un idioma con mucha información heredada detrás de cada palabra. Los árabes no sienten la necesidad de explicar muchos detalles dado que comunicarse en árabe transmite mucha información implícita en el lenguaje mismo. (62)

En la cultura árabe la comunicación abierta con personas fuera de la unidad familiar o del grupo no es común, una característica que dificulta la tarea del personal de enfermería especialmente en relación con el plan de cuidado para problemas emocionales y sociales.

En un estudio realizado en los EAU, se solicitó a los enfermeros participantes que utilizaran una escala para indicar cómo conceptualizaron y utilizaron la empatía terapéutica en un entorno psiquiátrico. Uno de los elementos estudiados en este estudio era abordar los sentimientos de los pacientes como una actitud empática; los participantes

respondieron confirmando que abordar los sentimientos es una actitud menos empática. El autor de este estudio relacionó este resultado con la resistencia a expresar las emociones en la cultura árabe, y muestra que la relación enfermero-paciente en la cultura árabe no está centrada en compartir emociones.

Este estudio mostraba también que a pesar de que la educación de enfermería en EAU está basada en los modelos occidentales, el valor cultural tiene una influencia determinante en la práctica de enfermería; se destaca la restricción en la comunicación entre personas del sexo opuesto, no es una comunicación tan abierta como en Occidente, sino más bien controlada y vigilada. Este puede limitar las interacciones entre las enfermeras y los pacientes del género masculino, y prohíbe que los enfermeros presten atención de enfermería a los pacientes del género femenino. (70)

Mientras a los árabes les cuesta comunicarse con extraños y abrirse emocionalmente, se comportan con bastante libertad con su entorno de conocidos y familiares, y se muestran disponibles para ellos sin límites, lo que limita mucho la intimidad de las personas y familias, como ejemplo, las visitas sin aviso son muy normales y aceptables en la sociedad árabe.

Y finalmente, los árabes toman las obligaciones sociales muy en serio, en cuanto al matrimonio, el fallecimiento, la enfermedad, etc. compartir estos momentos con su entorno y participar en los gastos que conllevan es obligatorio, aunque suponen un esfuerzo físico y económico y un sacrificio de tiempo.

#### **4.3.4. La desigualdad de género**

El rol del género en las familias árabe varía dependiendo de la estructura religiosa y historia de la familia, y se ve afectado por la transición cultural y la tendencia global, pero en general la sociedad árabe está dominada por el género masculino, con el hombre como cabeza de la casa y quien toma la última decisión en la familia, y aunque las mujeres árabes forman parte muy activa hoy en día en el mercado laboral, siguen siendo las responsables de las tareas caseras, lo que supone el doble de trabajo y es una doble injusticia. (71)

No es nada fácil describir el estado de las mujeres en el mundo árabe islámico, dado que hay muchas diferencias entre un país y otro, dependiendo de la manera de comprender y

interpretar las normas de la religión, el nivel de compromiso hacia dichas normas, la clase social, el ámbito geográfico, el nivel de estudios y los derechos adquiridos por ley en cada país. (72)

“En los países musulmanes más tradicionalistas, como es el caso de Arabia Saudita, la mujer se encuentra en situación de sometimiento al varón y reducida por completo al espacio privado. Pero en otros países también musulmanes, las mujeres han accedido a la esfera pública incorporándose al mundo del trabajo, de las ciencias y de la política, ocupando incluso los más altos cargos como ocurre con las mujeres occidentales (...)” (72)

Aunque la imagen sumisa de la mujer árabe en Occidente está asociada con el islam, el origen histórico de el rol de la mujer en la sociedad y la desigualdad de género no es realmente fruto de las enseñanzas islámicas. Según Almodóvar el aislamiento de la mujer musulmana en su casa y limitarse su vida social a su entorno familiar no es propio de la cultura islámica ni es una norma religiosa. (72)

“El enclaustramiento, tal y como tradicionalmente ha sido aplicado, fue impuesto por el hombre para proteger a la mujer contra los propios hombres. Estos, en su educación patriarcal, aprendían, desde niños, que ninguna mujer, excepto las de su propia familia y la posible esposa, era digna de respeto puesto que las consideraba como una presa, puesta en el mundo solo para el placer del hombre, y que, el único tipo de relaciones imaginables con las mujeres extrañas eran las sexuales”. (72)

El velo como herramienta para proteger a la mujer en este mismo contexto cuando sale al espacio publico, también es símbolo de pertenencia y respeto a su espacio privado y a su referencia masculina, y en sus orígenes era exclusivo a las mujeres de clase alta que podían permitirse aislarse en su casa para cuidar a la familia. De hecho, este estilo de vida de las mujeres se convirtió antiguamente en un signo aristocrático.

Como se ha mencionado anteriormente, hay una confusión bastante importante entre las normas islámicas y las normas culturales, y hace difícil separar las interpretaciones distorsionadas de las enseñanzas originales del islam.

En el mundo árabe hoy en día hay muchas feministas que saltaron las normas culturales para luchar a favor de la igualdad y la libertad de la mujer, son mujeres con nivel alto de estudios que se dieron cuenta que la religión siempre ha sido interpretada por hombres, y

optaron por conseguir sitio en los estudios religiosos para poder defender los derechos de la mujer apoyándose en la religión misma. (73)

Probablemente las mujeres árabes necesitan mucho tiempo para llegar a un estado de igualdad con el hombre en una sociedad que se agarra al machismo, igualdad de deberes y derechos en todos niveles, empezando por la casa y terminando con las oportunidades educativas y profesionales. Pero se notan avances importantes y cambios radicales en algunos países árabes.

#### **4.3.5. La perspectiva de la salud, enfermedad, sufrimiento y muerte** (64)

##### Salud y enfermedad:

La cultura y las creencias religiosas afectan a la percepción de la enfermedad, ya que modifican el concepto de salud y enfermedad a nivel físico y espiritual, la experiencia y la expresión del dolor, la respuesta emocional frente al diagnóstico y el pronóstico, y el concepto de la autonomía del paciente. (61)

A pesar de los diferentes niveles de compromiso con los valores del islam, para los musulmanes, Dios es el curador, sin su voluntad la medicina por si sola no es suficiente para mantener y/o recuperar el estado de salud del individuo, y tiene la obligación de cuidar su cuerpo dado que es un regalo de Dios.

Los musulmanes creen que la enfermedad y el sufrimiento es parte de la vida y la voluntad de Dios, el sufrimiento físico y emocional causado por la enfermedad se considera como una prueba espiritual de Dios, y una oportunidad para expiar los pecados, El profeta Mahoma dijo: “ningún cansancio, ninguna enfermedad ni dolor ni tristeza ni daño ni angustia sobreviene a un musulmán, ni siquiera un pinchazo que reciba de una espina sin que Alá expíe algunos de sus pecados por ello”. (74)

De acuerdo con la filosofía islámica de la vida, el dolor y el sufrimiento tienen una dimensión trascendental. (75) “[...] y tened por cierto que os pondremos a prueba con temor, hambre, pérdida de riquezas, personas y frutos”. (76)

El islam exige a los musulmanes cuidar sus cuerpos y fomenta las prácticas saludables como la higiene, la comida sana, evitar sustancias dañinas y mantener un estilo de vida modesto.

Para los musulmanes Dios es el creador de la vida y ninguna persona es dueña de su vida; por lo tanto, tienen la obligación de cuidar de sus cuerpos, mentes y almas y está prohibido hacerse daño a uno mismo, suicidarse o desear la muerte.

Al mismo tiempo el islam enseña y fomenta la búsqueda de curación, el profeta Mahoma dice: “Busca tratamiento, porque Alá no ha enviado abajo ninguna enfermedad que no tenga tratamiento a excepción de la muerte”. (77)

"Nadie podrá moverse de su posición el día del juicio hasta que se le haya preguntado cómo pasó su vida; cómo usó su conocimiento; cómo ganó y gastó su dinero y en qué actividades utilizó su salud. (77)

“Hay dos regalos con los cuales muchos hombres se engañan: la salud y el ocio”. (78)

“Estar saludable y agradecido es mejor que estar enfermo y soportar con paciencia". (78)

Además, el islam da el derecho a rechazar el tratamiento cuando su beneficio no es claro o es limitado. (74)

Mientras el islam fomenta la necesidad de cuidarse, el concepto de fatalismo puede provocar una actitud negativa e impedir tener un rol activo hacia el cuidado y la mejora del estado de salud, lo cual dificulta el rol del personal sanitario, aunque este mismo concepto se considera un factor de apoyo emocional y espiritual que ayuda a los musulmanes a aceptar su realidad y encontrar el sentido del sufrimiento.

Otro pilar importante en las enseñanzas del islam relacionado con la salud es que fomentan la comprensión del ser humano como un conjunto de cuerpo, mente y alma.

Un estudio en el que participaron 80 enfermeros/as kuwaitíes, con el objetivo de destacar los valores del islam que afectan a la práctica de enfermería confirmó lo que otros estudios habían mostrado sobre la enfermería desde la perspectiva islámica. Los participantes no separan nada en su práctica del islam, todos creen que Dios es el creador de la vida y sus enseñanzas son integrales y compatibles con el cuidado holístico del individuo. (22)

Entre los temas destacados en las entrevistas de este estudio nos llama la atención la idea del altruismo; para los participantes la relación de ayuda y cuidado entre los seres humanos es el alma del islam; la consideran una obligación religiosa y a la vez una fuente de satisfacción y crecimiento espiritual. Los participantes consideran que los valores del islam tienen un efecto muy positivo en su práctica como enfermeros, y les ayuda a prestar

atención profesional, humana y de calidad, y que cuanto mas cerca de Dios y mas comprensión de la religión tienen, más capaces de detectar las necesidades de sus pacientes. Para ellos todas las prácticas exigidas en el Islam (Al-Shahada, la oración cinco veces al día, el ayuno, Al Zakah y Al Haj) fomentan la mejora en la comprensión del otro y sentir la obligación de ayudarlo; como ejemplo, Al zakah (la limosna) te enseña compartir tus bienes con las personas necesitadas, el ayuno te enseña a compadecerte con los pobres que no tienen ni para comer, y el Haj (peregrinación) es para entender que todos somos iguales a los ojos de Dios.

Otro tema interesante es considerar todo tipo de cuidado es cuidado espiritual, eso debido a la comprensión integral del ser humano. Los participantes comentaron que ellos rezan por los pacientes, y lo ven como parte de su trabajo, especialmente en el cuidado de pacientes terminales cuando se acerca la muerte, con el objetivo de ayudarles a morir cumpliendo sus obligaciones religiosas.

Y finalmente, los participantes creen que esta mezcla cultural en el trabajo debida al alto porcentaje de expatriados puede ser una oportunidad para cambiar la imagen del islam, y hacer ver lo mejor de esta religión.

Consideraciones especiales relacionados con la salud: (64,79,80)

- 1- Los musulmanes prefieren que les atienda un profesional sanitario del mismo sexo, y si no es posible y en el caso de una enferma y un profesional varón se debe tener con él otro profesional que sea una mujer, o algún familiar del paciente.

En la ley 31/25 del 2018 de la Constitución Jordana en el artículo 8 prohíbe la valoración clínica de una persona del sexo opuesto sin la presencia de una tercera persona a excepción de los casos de urgencia. (81)

En Bahrein también consta en la lista de los derechos del paciente el derecho a disponer de una persona de su género cuando es necesario descubrir parte del cuerpo durante la actividad medica.

- 2- La exposición del cuerpo de un enfermo musulmán debe ser limitada a lo mínimo necesario, y se debe pedir permiso antes y explicar el motivo.
- 3- El contacto físico con el sexo opuesto no es habitual y se debe limitar a lo necesario.



- 4- Evitar el contacto visual entre hombres y mujeres no debe ser mal interpretado como falta de confianza o signo de rechazo o de desatención, en lugar del significado normal de la modestia en la población árabe.
- 5- Pedir permiso antes de entrar en la habitación de un enfermo musulmán será muy agradecido.
- 6- No es habitual para una esposa musulmana mostrar sus emociones enfrente de extraños, una actitud que puede ser malinterpretada por parte de los profesionales sanitarios como signo de disfunción familiar o falta de cariño e interés.
- 7- La necesidad de la ablución antes de rezar.
- 8- El islam prohíbe el consumo de alcohol, los productos del cerdo, la sangre, todos los animales con uñas o colmillos y todos los animales sacrificados sin nombrar a Dios antes.
- 9- La comida es un elemento cultural muy importante en la cultura árabe, lo cual provoca la insistencia en alimentar al paciente incluso cuando su situación no se lo permite.
- 10- El uso de la mano derecha es preferible a la de la izquierda.
- 11- La vida sexual es tabo y preguntar sobre ella no está permitido.
- 12- La separación de género de los pacientes en las habitaciones es básica.
- 13- El ayuno durante el mes de Ramadán es un deber islámico muy importante, y algunos musulmanes insisten en contemplarlos incluso estando enfermos, algo que se debe respetar, aunque las enseñanzas islámicas eximen de ello en caso de enfermedad.
- 14- En cuanto al uso de opioides, hay que tener en cuenta dos cosas: la importancia del alivio del sufrimiento que fomenta el islam, y el mantenimiento de un nivel de conciencia lo más normal posible para permitir al paciente seguir haciendo sus deberes religiosos. Este balance es muy difícil de cumplir en una situación de enfermedad terminal y avanzada; por ello se deben explicar las ventajas e inconvenientes al paciente, que puede llegar a preferir soportar cierto grado de dolor o sufrimiento a perder la capacidad de adorar a Dios en los últimos días de su vida.

- 15- Respecto a la información a la familia sobre la esperanza de vida de un enfermo musulmán, las familias musulmanas tienden a ser escépticas acerca de una respuesta definitiva y precisa, y están más cómodas con respuestas como: “eso solo lo sabe Dios”, “nunca podemos estar seguros”.
- 16- El islam recomienda tener previstas las últimas voluntades y actualizarlas a lo largo de la vida.
- 17- La familia tiene un papel fundamental en el cuidado de la salud y lo consideran como un deber religioso y social, y casi siempre alguno de los familiares actúa como cuidador principal de cualquier miembro enfermo.
- 18- Los ancianos tienen un estatus prestigioso en la familia árabe islámica, y en muchos casos son los que toman las decisiones relacionadas con la salud de los miembros de la familia. (61)
- 19- Las visitas se consideran un deber religioso y social y una fuente importante de apoyo al paciente árabe.
- 20- La cultura y la religión en los países árabes fomentan la lactancia materna hasta los dos años.
- 21- Todos los varones tienen que ser sometidos a la circuncisión antes de la pubertad.

#### Muerte y espiritualidad:

Para los musulmanes la creación, la muerte y el día de la resurrección son sagrados y predeterminados de antemano, por eso la vida para ellos es una preparación del alma para pasar por la etapa de la muerte hacia la vida más allá. (64)

El Corán dice sobre la creación y la muerte: “En verdad creamos al hombre de una esencia extraída del barro, luego hicimos que fuera una gota de esperma dentro de un receptáculo seguro, luego transformamos la gota de esperma creando un coágulo de sangre y el coágulo de sangre creando un trozo de carne y el trozo de carne en huesos que revestimos de carne haciendo de ello otra criatura, bendito sea Alá, el mejor de los creadores. y luego, después de eso, tendréis que morir. Después, el día del Levantamiento, seréis devueltos a la vida”. (82)

Desde el punto de vista islámico, la muerte es una transición de la vida temporal a la eternidad, los musulmanes no consideran la muerte un fenómeno negativo, para ellos es

un estado positivo, al igual que la vida es una creación, la muerte también es un acto de creación. Los musulmanes creen que el momento de la muerte está predeterminado por Dios, y cuando llega el momento nadie puede detenerlo, y sienten que es un error resistirse cuando la voluntad de Dios es clara ya, de hecho, el profeta Mahoma enseñó a los musulmanes la importancia de hablar sobre la muerte y prepararse para este momento. (64)

“Toda alma ha de probar la muerte, luego regresaréis a Nosotros”. (83)

El cuidado espiritual en el islam es un tema muy interesante para comprender a esta cultura y poder proporcionar cuidado de enfermería adecuado.

La palabra espiritualidad en árabe (*Rawhaneyat*) viene de la palabra espíritu (*Rouh*) un término que se describe en el Corán como: “[...] y te preguntan acerca del espíritu, di: el espíritu procede de la orden de mi señor, no se os ha dado sino un poco de conocimiento”, es decir; solo Dios sabe que es el espíritu, y el ser humano no adquiere la capacidad para entender su misterio. (84)

Es imprescindible entender que para la mayoría de los musulmanes no hay diferencia entre espiritualidad y religión, y les tratan como uno, la espiritualidad para ellos es la adoración continua a Dios y hacer el bien a los demás, así se desarrolla el alma y se encuentran la paz y el bienestar espiritual.

El cuidado espiritual es importante para el paciente musulmán para preservar su tranquilidad y el bienestar general, los musulmanes encuentran gran consuelo y paz en el recuerdo de Dios mediante la oración y la lectura del Corán.

En general los rituales o necesidades espirituales comunes entre los musulmanes durante la enfermedad son: la búsqueda de la ayuda de Dios, rezar, pedir el perdón a Dios, hacer el bien y aumentar incluso más la limosna, leer y escuchar el Corán y también reconciliarse con los familiares y amigos. (75)

Durante los últimos días de la vida de una persona y en fase de agonía la familia del paciente musulmán puede pedir que se coloque al paciente orientándolo en dirección hacia la Meca, y acompañarle leyendo el Corán, para ellos es un deber, y lo ven como una bendita oportunidad.

Cuando la muerte se esté acercando a los creyentes deben pronunciar el testimonio de fe o *Alshahadah*, normalmente el imán no tiene en el islam un papel importante en esta situación, las familias prefieren ayudar ellos al paciente a recitar el testimonio de fe, o

hacerlo ellos mismos por él si no puede. (64)

Los versos que repiten los musulmanes cuando asisten a la muerte de alguien o reciben la noticia de la muerte de alguien es “A Alá pertenecemos y a Él regresamos, no hay voluntad ni poder excepto el de Alá”, con eso transmiten su aceptación inmediata de la voluntad de Dios incluso ante la muerte de un ser querido. (75)

Después, la familia prepara el cuerpo de una manera especial, y algunos musulmanes creen y prefieren que nadie que no sea musulmán toque el cuerpo. Deben cerrar los ojos y la boca, enderezar y atar los pies, y colocar las manos atadas encima del vientre, la derecha encima de la izquierda. Luego se lava el cuerpo de una manera especial por la familia o por una persona especializada del mismo sexo que el fallecido, cierran con tapones de algodón los orificios del cuerpo, perfuman el cadáver con esencias especiales para la ocasión, y finalmente el cuerpo es cuidadosamente envuelto en un sudario.

Los musulmanes prefieren hacer el funeral lo antes posible, y las mujeres musulmanas no participan en el acto funerario. lo empiezan en la mezquita con una oración fúnebre con el cuerpo en primera fila. A diferencia de las oraciones normales islámicas, esta oración se reza de pie sin inclinarse ni postrarse, porque en el islam esta postración solamente se práctica para dirigirse a Alá, y después de la oración el cuerpo es enterrado, y siempre con el sudario sin ataúd; el embalsamamiento y la cremación están prohibidas en el islam, ya que se cree que el cuerpo debe volver a la tierra de donde proviene. (64)

“De ella os creamos, a ella os devolvemos, y de ella os haremos salir de nuevo”. (85)

La muerte debe ser aceptada sin manifestaciones de duelo exageradas (vocales o físicas), y tradicionalmente la familia se queda encerrada en su casa tres días después del funeral para recibir condolencias.

Destacamos algunos aspectos significantes relacionados con la perspectiva árabe sobre temas específicos de la salud:

- 1- Un estudio realizado en el Líbano con el objetivo de descubrir las limitaciones del autocuidado de los pacientes con enfermedad cardiovascular en el país concluye que: (86)
  - la responsabilidad familiar es una de las limitaciones, el rol del hombre dentro de la familia como fuente de ingreso no le permite bajar el nivel de trabajo o prestar tanta atención a su estado de salud. Otro factor es el coste económico del

tratamiento que consideran un coste añadido que disminuye los recursos de la familia.

- La preocupación por la inestabilidad económica y política en el país es una fuente de estrés, destacan aquí la tristeza que causa la separación de sus hijos obligados a dejar el país para buscar trabajo fuera.
- Por otro parte el estudio muestra un fuerte apoyo de los familiares que confirma que juegan un rol esencial en el cuidado de sus enfermos, especialmente el rol de los padres, los hijos y las esposas.

2- En un estudio para explorar el estigma del SIDA a través de entrevistas en profundidad con 30 hombres y mujeres en Egipto indica que: <sup>(87)</sup>

- El estigma está vinculada a los valores, y la mayoría de los participantes perciben el VIH como el resultado de una conducta sexual inmoral, relacionado con tener relaciones sexuales con múltiples personas, con personas extrañas y sexo pagado.
- Los participantes confirman que en Egipto no existe el SIDA porque es una enfermedad de los extranjeros, le llaman enfermedad social, los que la tienen han hecho algo, gente vergonzante que ha perdido su reputación en la sociedad, han tenido lo que merecen, ellos se han provocado esta enfermedad a ellos mismos, esta enfermedad solo afecta a los que se han olvidado de Dios.
- El estigma no solo se dirige hacia los enfermos, sino también hacia los médicos y los hospitales que prestan atención sanitaria a dichos enfermos por el miedo de contagiarse.
- Se considera una enfermedad seria y peligrosa que causa la muerte, y a algunos les da miedo estar cerca de un infectado por no infectarse, pero también por el estigma y para no contaminar su reputación al relacionarse con una persona sin moral.
- A las mujeres les afecta el juicio moral de la sociedad más que a los hombres, y el autor lo achaca al contexto cultural donde se espera que las mujeres cuidan más su reputación.

3- Un estudio sobre la depresión en los adolescentes en Jordania y el efecto cultural confirma que el estigma se considera un factor principal que impide pedir ayuda

médica en el caso de enfermedades mentales. Además, por factores culturales, las mujeres son más vulnerables a los efectos negativos del estigma, por lo tanto, los hombres con depresión son mejor aceptados en el colegio y los puestos del trabajo que las mujeres. (88)

- 4- En cuanto a las enfermedades y trastornos mentales, los árabes creen que los poderes sobrenaturales como el Jinn, la magia negra y el mal de ojo son causantes de los síntomas que manifiestan los enfermos. Y a veces los vinculan a la falta de fe y de práctica religiosa, y las consideran una prueba de Dios para eliminar los pecados. Algunos no estigmatizan a estos enfermos mientras no actúen de manera vergonzante violando las normas sociales y religiosas. En la mayoría de los casos las familias esconden al enfermo y no comparten su condición más que con la familia nuclear. En algunas sociedades árabes la gente cree que estos poderes son responsables de otras enfermedades también. (21,80,89)

Queda mencionar que hay algunos temas polémicos en la sociedad árabe como la planificación familiar, la fertilidad, la donación de órganos, la clonación, la eutanasia, la orden de no resucitación, la muerte cerebral y el aborto.

No hay un consenso generalizado sobre estos temas, por ejemplo, en relación con la planificación familiar y el uso de los contraceptivos, hay un dilema por la obligación religiosa de multiplicarse que enseña el islam; (90) “Te sacó de la tierra y te delegó para habitarla y desarrollarla.”. (91)

“¡Hombres! Temed a vuestro señor que os creó a partir de un solo ser. Creando de él a su pareja y generando a partir de ambos muchos hombres y mujeres. Y temed a Alá, por quien os pedís unos a otros, y respetad los lazos de sangre. Realmente Alá os está observando”. (92)

Por eso algunos piensan que la planificación familiar es una violación a las normas del Islam, mientras otros creen que el islam es la religión de la misericordia y que Dios no exige de uno más de lo que pueda, y por lo tanto si el uso de los contraceptivos se lleva a cabo con el motivo de dar espacio de tiempo entre un hijo y otro para dejar a la mujer descansar y para tener más recursos económicos y poder criar mejor a los hijos no está prohibido.

Esta idea ha sido apoyada por muchos líderes musulmanes y tiene su origen en el Corán también con la obligación de dos años de lactancia materna como medio natural que reduce la posibilidad del embarazo.

“Las madres deberían amamantar a sus hijos durante dos años completos, si se desea completar la lactancia [...]”. (93)

“Hemos encomendado al hombre que trate bien a sus padres. Su madre lo llevó en el vientre fatiga tras fatiga y fue destetado a los dos años. Sé agradecido conmigo y con tus padres. A mí has de volver”. (94)

Hay que mencionar también que algunos piensan que el uso de los contraceptivos no puede luchar contra la voluntad de Dios de dejar la mujer embarazada.

Finalmente, creemos relevante dar luz a un estudio realizado por Sandra Lovering, la Directora Ejecutiva del Departamento de Asuntos de Enfermería en el Hospital Especializado Rey Faisal y Centro de Investigación en Jiddah / Arabia Saudita.

Lovering, en su tesis doctoral explicado en un artículo publicado en el 2012, investigó “cómo la cultura y las creencias del personal de enfermería sobre la salud, la enfermedad y la curación se mezclan con sus valores profesionales y la experiencia del cuidado”. (21)

Los resultados de esta investigación formaron la base para un modelo especial de enfermería, llamado “*Crescent Care*”, un nombre significativo para los musulmanes, dado que la media luna se considera el símbolo de esta religión.

Este modelo abarca el efecto de la religión islámica y la cultura árabe en la práctica de enfermería con los pacientes árabes.

La figura mostrada en el artículo refleja de manera muy clara el fundamento y los componentes del plan de cuidado de este nuevo modelo. (Figure 2)

**Figura 2:** Modelo de cuidado “*Crescent Care*” de Sandra Lovering



Lovering confirma en su modelo que la familia es la unidad social más importante en la cultura árabe, y esto se ve reflejado en la figura con la familia entera en el centro del ciclo del modelo de cuidado.

La capa externa del círculo une a los valores culturales y profesionales del personal de enfermería como dos componentes con la misma importancia a la hora de prestar atención de enfermería culturalmente orientado.

Consideramos esta parte del modelo bastante interesante, porque creemos que por una parte la cultura del personal de enfermería forma parte de la perspectiva hacia su profesión y el concepto de la salud y la enfermedad, y por otra parte la comprensión de la propia cultura no siempre es puede dar por garantizado y es esencial para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales del paciente.

El modelo de Lovering aborda todos los componentes del cuidado teniendo en cuenta la cultura árabe y musulmana:

- A nivel espiritual facilitar la práctica de los rituales religiosos y respetarlas incluso si no las compartimos.



- A nivel cultural comprender las creencias culturales acerca de temas de salud y enfermedad, jugar un rol activo de orientación en cuanto a los tratamientos tradicionales y cuidar los detalles relacionados con la modestia y la privacidad.
- A nivel psicológico entender la importancia de la familia en el apoyo a los enfermos y el estrés provocado por la alteración del rol del paciente dentro de la familia
- A nivel de cuidado interpersonal cuidar la comunicación verbal y no verbal y adaptarlas a las normas culturales y personales, medir el nivel de acercamiento físico permitido y la importancia de la separación de género.
- A nivel de cuidado físico, proporcionar el cuidado de enfermería y las técnicas basadas en los conocimientos científicos de enfermería, permitiendo la ayuda de los familiares y comprendiendo su rol en la toma de decisiones.

Según Lovering, el cuidado de enfermería debe ser ajustado en algunas ocasiones y guiado por las normas culturales y religiosas, como en el mes del ayuno, las horas de oración, etc.

**“Hemos tenido suficiente de las anotaciones de las doctrinas de los antiguos, es hora de que desarrollamos nuestra propia filosofía”**

Avicena



## **4.4. Los diagnósticos de este estudio**

### **4.4.1. Duelo**

Las continuas interacciones a distintos niveles con nuestro entorno crean dependencias emocionales y generan costumbres e incluso rituales propios de cada relación. Independientemente de la profundidad de la relación que tenemos con una persona o otra, su ausencia causa desequilibrio y miedo a las emociones que puede provocar. Del mismo modo generamos dependencias y conexiones emocionales con objetos, ideas, sueños y retos, y la pérdida de cualquier de ellos también puede provocar desequilibrio.

Este desequilibrio genera diversas emociones, distintas reacciones y puede llegar a provocar cambios en la personalidad y el comportamiento e incluso trastornos psicológicos y funcionales.

La mayoría de nosotros define este conjunto de emociones como tristeza; sin embargo, el sufrimiento tras la pérdida o la posible pérdida de alguien o algo es más bien un proceso, no solo un sentimiento. (95-98)

Hablamos del duelo, ese proceso desconocido para mucha gente, incluso entre de los profesionales sanitario.

El duelo según la definición de la NANDA es “complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias, comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida”. (11)

Las características definitorias del duelo según la NANDA son: (10,11)

- Sufrimiento.
- Culpa.
- Dolor.
- Alteración del nivel de la actividad y/o del sueño.
- Alteraciones en las funciones del sistema inmune.
- Alteraciones en las funciones del sistema neuroendocrino.
- Cólera.
- Alteraciones en los patrones de los sueños.
- Desespero.

- Desorganización.
- Mantenimiento de la conexión con la persona fallecida.
- Distrés psicológico.
- Desconexión.
- Actitud de pánico.
- Desarrollo personal.
- Encontrar el significado de la pérdida.

Los factores relacionados según la NANDA son: (10,11)

- Anticipación de la pérdida de una persona significativa.
- Muerte de una persona significativa.
- Pérdida de un objeto significativo (el trabajo, el estado social, partes o procesos corporales, etc.).
- Anticipación de la pérdida de un objeto significativo.

Los resultados de enfermería esperados según NOC son: (10,11,99)

- Afrontamiento de problemas.
- Afrontamiento de los problemas de familia.
- Adaptación a la discapacidad física.
- Modificación psicosocial (cambio de vida).

Según la NIC, las principales intervenciones vinculadas al duelo son: (99)

- Aumentar el afrontamiento
- Facilitar el duelo

Las intervenciones específicas relacionadas con las dos intervenciones principales son: (99)

- Apoyo emocional y espiritual
- Asesoramiento
- Control del humor
- Dar esperanza
- Declarar la verdad
- Disminuir la ansiedad
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el perdón

- Fomentar la resistencia
- Terapia asistida de animales
- Terapia de reminiscencia
- Fomentar la normalización familiar
- Grupo de apoyo
- Intermediación cultural
- Escucha activa
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Cuidados en la agonía
- Potenciación de la autoestima
- Potenciación de la socialización
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- Fomentar el ejercicio
- Mejorar el sueño
- Biblioterapia
- Mantenimiento en procesos familiares

La terminología ATIC describe el duelo como: “la persona experimenta un conjunto de respuestas físicas, psicoemocionales, sociales y espirituales, de adaptación frente a una pérdida, y añade como conocimiento asercional que “es una respuesta de adaptación saludable que se manifiesta de manera diferente en función del contexto sociocultural y de las creencias y valores de las personas o el grupo”. (18)

La terminología ATC recuerda las cinco etapas del duelo descritas por la doctora Kübler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, y remarca que las respuestas de duelo suelen seguir una dinámica no lineal, por lo tanto, no todas las personas pasan por todas las etapas ni en el mismo orden.

Según la ATIC, los factores relacionados son: (18)

- La muerte de un ser querido
- La pérdida de capacidades y habilidades físicas
- La pérdida de la funcionalidad de un órgano

- Las pérdidas energéticas
- La pérdida de las funciones sexuales
- La pérdida del atractivo físico o social

Según la ATIC, el duelo se manifiesta con: <sup>(18)</sup>

- Experimentación de sentimientos (aflicción, pena, añoranza, ira, culpabilidad, incredulidad, confusión)
- Experimentación de sensaciones físicas (sensación de ahogo, sensación de estómago vacío o cerrado, xerostomía, opresión torácica)
- Producción de cambios de comportamiento
- Alteraciones en la conducta alimentaria habitual
- Trastornos del patrón del sueño
- Adopción de conductas no saludables

Las intervenciones y especificaciones (o actividades) de la terminología ATIC que pueden asociarse al duelo según las necesidades de cada persona incluyen: <sup>(100)</sup>

- Cuidado de ingreso
- Escucha activa
- Estabilización anímica (*emotional debriefing*)
- Educación sanitaria: medicación
- Educación sanitaria: prevención de complicaciones
- Prevención
- Cuidador: implicación
- Educación sanitaria: proceso de la enfermedad
- Educación sanitaria: dieta
- Educación sanitaria: técnicas simples
- Escucha activa: familia
- Educación sanitaria: estrategias de adaptación
- *Counseling*
- Estabilización emocional
- Conservación de la autoestima
- Educación sanitaria: técnicas complejas
- Educación sanitaria: control de síntomas

- Estabilización anímica: familia
- Distracción
- Vínculos familiares: favorecer
- Promocionar la comunicación no verbal
- Reestructuración cognitiva
- Fortalecer el vínculo padres-hijos
- Educación sanitaria: técnicas de control de la ansiedad
- Progreso de la enfermedad: apoyo al afrontamiento
- Comunicación: adaptar
- Estimulación sensomotora
- Adaptación a la muerte: apoyo a la familia
- Reorientación
- Agresividad: prevención
- Paseo terapéutico
- Cambio de la imagen corporal: apoyo a la adaptación
- Relajación: inducción
- Suicidio: prevención
- Conducta regresiva: reconducir
- Alianza terapéutica
- El cuidado del “*Kangaroo*”
- *De-escalation technique* (desescalada)
- Agresividad: abordar
- Terapia de juego
- Apoyo a la familia: adaptación con el progreso de la enfermedad
- Terapia de grupo
- Entrevista terapéutica
- Reacondicionamiento fonatorio
- Reposo sensorial
- Mediación de conflicto
- Educación sanitaria: técnica de autocontrol
- Masaje simple
- Apoyo a la adaptación del diagnóstico de la enfermedad



- Conducta dependiente: reconducir
- Estimulación sensorial
- Reposo fonatorio
- Conflictos familiares: mediar
- Educación sanitaria: obtención de muestras
- Conducta defensiva: redirigir
- Adaptación al diagnóstico de la enfermedad: apoyar a la familia
- Musicoterapia
- Colecho: favorecer
- Terapia literaria
- Masaje infantil
- Apoyo al duelo
- Monitorización psicoemocional
- Estimulación motora
- Recuperar la autoestima

De los aspectos más desconocidos sobre el duelo son sus tipos. El duelo puede ser anticipado, retrasado o negado, crónico y complicado. Cada tipo de duelo tiene sus características, y por lo tanto los recursos de ayuda y las intervenciones cambian para un tipo u otro. <sup>(96)</sup>

- El duelo anticipado: es aquél que empieza antes de la pérdida, es decir por una pérdida potencial o próxima.
- El duelo negado: se da cuando la persona no muestra ninguna reacción tras una pérdida.
- El duelo crónico: es aquél en el que la persona mantiene el mismo nivel de dolor y sufrimiento durante mucho tiempo.
- El duelo complicado: se da cuando la persona se queda atrapada en el dolor intenso durante mucho tiempo.

Para la evaluación del duelo en adultos hay muchos instrumentos: <sup>(101)</sup>

1- Evaluación de sintomatología en el duelo:

- Inventario de experiencia en duelo (IED), 2001. “*Grief experience Inventory*” (GEI), 1997.
- Inventario Texas revisado de duelo (ITRD), 2005. “*Texas Inventory of Grief*” (TIG)1981.

2- Para diferenciar el duelo normal y patológico:

- Inventario de duelo complicado, 2005. “*Inventory of Complicated Grief*” (ICG), 1995.
- Inventario de Duelo Complicado Revisado (IDC-R), 2001. “*Inventory of Complicated Grief*” (ICG-R), 2001.

3- Para identificar indicadores de riesgo de duelo complicado:

- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC), 2002. “*RIX Index* “(RI), 1983

El sufrimiento tras una pérdida se vive de distintas maneras y depende esencialmente de factores culturales y sociales que construyen la perspectiva social de la pérdida y proporciona o no apoyos sociales, de factores personales relacionados con nuestra propia perspectiva de la pérdida y de nuestras experiencias previas de pérdidas, nuestros valores y nuestro estado espiritual general; también depende de la naturaleza de la pérdida y de la intensidad de la relación que nos reúne con lo perdido.

Como se ha mencionado en el apartado de la cultura árabe, el duelo en la sociedad árabe se vive con una vinculación muy fuerte con la religión, la perspectiva de la pérdida y la muerte como voluntad de Dios y como proceso natural, y todo ello les ayuda a superarlo, aunque nos preocupa especialmente el hecho de que la manifestación del dolor de forma fuerte tras la pérdida está prohibida en la sociedad porque muestra no aceptar la voluntad de dios, y pensamos que puede provocar complicaciones en el proceso del duelo para las personas menos creyentes.

El duelo tras la muerte de una persona se vive con tres días de luto en las cuales los familiares directos del muerto se quedan en la casa familiar para recibir las condolencias, y no esta bien visto vestirse de negro, porque también se considera una señal de no aceptar la muerte.

En algunas zonas no se permite a las mujeres tras la pérdida de sus maridos salir de casa ni casarse durante 130 días, el origen de esta práctica era mostrar respeto y honor al matrimonio y tomar medidas para estar seguros de que no está embarazada antes de poder relacionarse de nuevo con otros hombres, y así se protege la descendencia del niño.

#### 4.4.2. Sufrimiento espiritual

El sufrimiento espiritual según la NANDA es “deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo”. (11)

Las características definitorias del sufrimiento espiritual según la NANDA son: (10,11)

- Ansiedad.
- Llanto.
- Cansancio.
- Miedo.
- Insomnio.
- Cuestionar la identidad.
- Cuestionar el significado de la vida.
- Cuestionar el significado del sufrimiento.
- Conexión con el yo (Cólera, falta de serenidad, sensación de falta de amor, culpa, falta de aceptación, falta de estrategias de adaptación, falta de valor y falta de sentido de la vida)
- Conexión con los demás (Aislamiento, rechazo hacia la interacción con los símbolos espirituales y con los amigos y familiares y alejamiento de los sistemas de apoyo).
- Conexión con el arte, música, literatura y naturaleza (disminución de la expresión de patrones habituales de creatividad, falta de interés en la naturaleza y la literatura sobre temas espirituales).
- Conexión con un poder superior a uno mismo (enfado, sensación de abandono, desesperanza, falta de capacidad para la introspección, incapacidad para experimentar lo trascendental, incapacidad para practicar actividades religiosas o

rezar, sentimiento de sufrimiento, cambio repentino en la practica espiritual).

Los factores relacionados con el sufrimiento espiritual según la NANDA son: (10,11)

- Fase de agonía (muerte activa).
- Envejecimiento.
- EL nacimiento de un niño.
- Muerte de un ser querido.
- Exposición a la muerte.
- Enfermedad.
- Muerte inminente.
- Aumento de la independencia de otros.
- Soledad.
- Cambios de vida.
- Pérdida de una parte del cuerpo.
- Perdida de la función de una parte del cuerpo.
- Dolor.
- Percepción de deberes no terminados.
- Malas noticias.
- Aislamiento.
- Tratamiento.
- Eventos no esperados en la vida.

Los resultados de enfermería vinculadas al sufrimiento espiritual según la NOC son: (11)

- Bienestar espiritual.
- Resolución de la aflicción.
- Muerte digna.
- Esperanza.
- Calidad de vida.

Las intervenciones principales vinculadas al sufrimiento espiritual según la NIC son:(10,11,99)

- Clasificación de valores.
- Apoyo espiritual.
- Dar esperanza.

- Potenciación de la socialización.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Aumentar el afrontamiento.
- Facilitar el crecimiento espiritual.

Las intervenciones específicas relacionadas con las intervenciones principales son: (10,11,99)

- Facilitar el perdón.
- Cuidados de la agonía.
- Control del humor.
- Apoyo emocional.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Facilitar la práctica religiosa.
- Facilitar la implicación familiar.
- Ayuda para el control del enfado.
- Declarar la verdad al paciente.
- Disminuir la ansiedad.
- Escucha activa.
- Facilitar el duelo.
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
- Musicoterapia.
- Terapia reminiscencia.
- Facilitar la meditación.
- Potenciar la autoestima.
- Potenciar la conciencia de sí mismo.
- Potenciar la socialización.

La terminología ATIC lo describe como: “la persona experimenta un padecimiento angustioso, intensa y doloroso, vinculado a la incapacidad para encontrar, mantener o recuperar el equilibrio interno que le permite cuestionar el sentido de la propia existencia o de la situación que está viviendo, y que fomenta su relación con lo que es trascendental”. (18)

Según la ATIC el sufrimiento espiritual se manifiesta con: (18)

- la expresión de necesidad de reequilibrar la propia vida, de recomponer o

reconstruir el equilibrio interno y alcanzar un estado de paz interior.

- La expresión de desconexión de la persona y/o de lo que es significativo o importante.
- La sensación de no ser querido.
- La percepción de no ser perdonado.
- La sensación de falta o pérdida de control y de identidad o singularidad.

Las intervenciones y especificaciones (o actividades) de la terminología ATIC que pueden asociarse al sufrimiento espiritual según las necesidades de cada persona incluyen: (100)

- Cuidado de ingreso
- Escucha activa
- Estabilización anímica (*emotional debriefing*)
- Educación sanitaria: prevención de complicaciones
- Cuidador: implicación
- Educación sanitaria: proceso de la enfermedad
- Educación sanitaria: dieta
- Educación sanitaria: técnicas simples
- Escucha activa: familia
- Educación sanitaria: estrategias de adaptación
- *Counseling*
- Estabilización emocional
- Conservación de la autoestima
- Educación sanitaria: técnicas complejas
- Educación sanitaria: control de síntomas
- Estabilización anímica: familia
- Distracción

- Vínculos familiares: favorecer
- Promocionar la comunicación no verbal
- Reconstrucción cognitiva
- Fortalecer el vínculo padres-hijos
- Educación de la salud: técnicas de control de la ansiedad
- Progreso de la enfermedad: apoyo al afrontamiento
- Comunicación: adaptar
- Estimulación sensomotora
- Adaptación a la muerte: apoyo a la familia
- Reorientación
- Agresividad: prevención
- Paseo terapéutico
- Cambio de la imagen corporal: apoyo a la adaptación
- Relajación: inducción
- Suicidio: prevención
- Conducta regresiva: reconducir
- Alianza terapéutica
- *De-escalation technique* (desescalada)
- Agresividad: abordar
- Terapia de juego
- Apoyo a la familia: adaptación con el progreso de la enfermedad
- Terapia de grupo
- Entrevista terapéutica
- Reposo sensorial

- Conflicto: mediar
- Educación sanitaria: técnica de autocontrol
- Masaje simple
- Apoyo a la adaptación del diagnóstico de la enfermedad
- Conducta dependiente: reconducir
- Estimulación sensorial
- Conflictos familiares: mediar
- Conducta defensiva: redirigir
- Adaptación al diagnóstico de la enfermedad: apoyar a la familia
- Musicoterapia
- Colcheo: favorecer
- Terapia literaria
- Meditación
- Revitalización: mente/alma
- Reequilibrio espiritual
- Generación de esperanza
- Movimientos de meditación
- Rezar
- Cuentos reflexivos
- Reflexión trascendental
- Reflejo de gratitud
- Dignificación
- Apoyar el bienestar espiritual
- Evaluación de la fortaleza espiritual



- Explorar el significado espiritual del sufrimiento
- Calmar la descomodidad espiritual
- Estimular el auto valor
- Conducir las preguntas y dudas trascendentales
- Activación de la actitud
- Conservar la autoestima
- Conciliación cultural
- Deviación positiva
- Nutrición emocional
- Apoyo al duelo
- Terapia de resolución de aceleración emocional
- Monitorización psicoemocional
- Ejercicios de resiliencia
- Estabilización psicológica y mental
- Apoyo a la adaptación
- Confrontación positiva
- Estimulación motora
- Recuperar la autoestima

Definir la espiritualidad es difícil, siendo un concepto existencial subjetivo y cuyo significado es muy distinto para cada uno. La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (AECOP) ha definido la espiritualidad como *“the dynamic dimension of the human life that relates to the way persons (individuals and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to nature, to the significant and/or sacred”*. (102) Y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) la define “la aspiración profunda e íntima del ser humano a una

visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido de la existencia”. (103)

La sociedad ha determinado tres componentes de la espiritualidad: (103)

- 1- Desafíos existenciales: identidad, sentido, sufrimiento, muerte, culpa, vergüenza, perdón y reconciliación, libertad y responsabilidad, esperanza y desesperación, amor.
- 2- Actitudes y consideraciones basados en los valores: relación con si mismo, con la familia y los amigos, con la naturaleza, con la cultura, con el trabajo, con lo ético y moral y con la vida misma.
- 3- Consideraciones religiosas y sus fundamentos: fe, creencias, prácticas, rituales y relación con Dios.

Los tres componentes se ven afectados por factores culturales que consciente o inconscientemente forman nuestra perspectiva sobre muchos de los conceptos mencionados y el significado de cada uno de ellos.

A la hora de evaluar las necesidades espirituales de los pacientes, nos podemos encontrar con algunas dificultades, por un parte porque son muy variables entre un paciente y otro y por otra por la falta de un lenguaje común sobre el tema.

De las herramientas de evaluación de las necesidades espirituales destacamos: (102)

- 1- FICA: desarrollada por Christina Puchalski en *The George Washington University*.
- 2- HOPE
- 3- El Cuestionario de Las Necesidades Espirituales por Bussing y Koenig.
- 4- La Escala de Bienestar Espiritual por Ando.

El cuidado espiritual ha sido definido por Sawatzky y Pesut en el 2005 como “*an intuitive, interpersonal, altruistic and integrative expression that is contingent in the nurse’s awareness of the transcendent dimension of life, thus that reflect the patient’s reality*” (102)

El objetivo final del cuidado espiritual es conseguir el bienestar espiritual del paciente. El bienestar espiritual es “un sentido de armonía interna que incluye la relación con el propio ser, con los otros, con el orden natural o un poder superior manifiesto a través de

expresiones creativas, rituales familiares, trabajo significativo y prácticas religiosas que generan una dimensión existencial”. (104)

Los elementos de la espiritualidad son:

- 1- Valores, creencias y religión.
- 2- Experiencias.
- 3- Motivaciones
- 4- Sueños.
- 5- Relaciones
- 6- Pensamientos e ideas
- 7- Emociones.
- 8- Planes del futuro.

Estos elementos juntos representan la espiritualidad del paciente y los recursos de ayuda.

Los roles principales de enfermería en el cuidado espiritual son:

- 1- Desarrollar una relación de confianza con el paciente.
- 2- Proporcionar un ambiente seguro de paz y apoyo.
- 3- Cambiar los objetivos del cuidado según van cambiando los objetivos del paciente, y ayudar al paciente a mantener la esperanza.
- 4- Estar pendiente, escucha activa y presencia y acompañamiento.
- 5- Evaluación espiritual continua.
- 6- Colaboración con el resto del equipo.

Para detectar, explorar y evaluar la espiritualidad es importante saber que ésta se manifiesta de muchas maneras: señales visuales, síntomas físicos, lenguaje directo y/o simbólico.

La herramienta más adecuada e importante para la exploración de la espiritualidad de los pacientes es la propia persona del profesional y sus competencias. Esta herramienta debe cultivar el propio equilibrio emocional, y contar con las habilidades adecuadas para

aceptar las creencias, valores y la religión del otro y para estar preparado para tratar el tema de la espiritualidad. En este sentido, el personal de enfermería debe empezar consigo mismo para tratar el tema de la espiritualidad, aprendiendo todo lo que pueda sobre las creencias del paciente, y practicando rituales que le den paz interior y le preparen para enfrentarse con el mundo complicado e interesante de la espiritualidad.

La espiritualidad es un aspecto complejo, íntimo y personal. Debemos tener la capacidad de aceptar todo tipo de creencias, rituales y valores. Y como para mucha gente el concepto de espiritualidad está relacionado o significa religión, tenemos que estar abiertos a todas las religiones (estar abiertos al otro).

En la sociedad árabe musulmana, como se ha mencionado anteriormente, todas las clases de sufrimiento se consideran parte de la vida y oportunidades para acercarse a Dios y redimir los pecados.

La espiritualidad para la mayoría de los árabes es la religión, y los rituales y enseñanzas del islam les proporciona paz y serenidad.

#### 4.4.3. La desesperanza

Tener claro el sentido de tu vida es la fuerza que motiva a las personas para la autorrealización; perder ese sentido puede provocar muchos problemas emocionales, espirituales y existenciales, entre ellos sufrir un estado de desesperanza, que a su vez puede causar depresión y en algunos casos incluso el suicidio, como señalan algunos estudios. (105)

La NANDA define la desesperanza como: “estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho”. (11)

Mientras la terminología ATIC la describe como: “la persona presenta una insuficiencia de los mecanismos de afrontamiento que expresa una postura de rendición, con depreciación del autoconcepto, inhibición emocional, pasividad y ruptura de la continuidad temporal hacia el futuro”. (18)

Según la autora del ATIC, “desesperanza y desesperación no son sinónimos; la desesperación implica un estado de angustia y de pérdida de la paciencia, mientras la

desesperanza implica el abandono de las ambiciones y una resignación forzada o autoimpuesta”. (18)

El modelo de Scotland (1969) prescribe la desesperanza como “un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común ciertas expectativas negativas acerca del futuro sea este inmediato o remoto”. (106)

Quintanilla, Haro, Flores, Celis y Valencia (2003) consideran que la desesperanza es “un estado anímico de actitud y percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de manera tal que condiciona u orienta la conducta del individuo sobre qué hacer”. (106)

Las características definitorias de la desesperanza según la NANDA son: (10,11)

- Falta de implicación en sus cuidados o aceptación pasiva.
- Claves verbales (contenido desesperanzado como “no puedo”, suspiros).
- Alteraciones en los patrones del sueño.
- Disminución en la iniciativa.
- Disminución de las emociones.
- Disminución de los estímulos.
- Pasividad y Disminución de la expresión verbal.
- Falta de contacto visual directo.
- Disminución del apetito.
- Alejarse de las personas que estén hablando.

Los factores relacionados según la NANDA son: (10,11)

- Estrés crónico.
- Deterioro del estado fisiológico.
- Abandono.
- Pérdida de fe en los valores trascendentales y en Dios.
- Aislamiento social.
- Restricción de actividades prolongadas.

Los resultados de enfermería vinculados a la desesperanza según la NOC son: (11)

- Calidad de Vida.
- Deseo de Vivir.

- Aceptación del estado de salud.

Las intervenciones principales vinculadas a la desesperanza según la NIC son: (10,99)

- Ayuda en la modificación de sí mismo.
- Control del humor.
- Fomentar la resistencia.
- Clarificación de valores.
- Dar esperanza.
- Aumentar el afrontamiento.

Las intervenciones específicas relacionadas con las intervenciones principales son: (11,99)

- Apoyo emocional y espiritual.
- Establecimiento de objetivos comunes.
- Acuerdo con el paciente.
- Facilitar el duelo.
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
- Fomentar el ejercicio.
- Manejo de energía.
- Modificación de la conducta.
- Musicoterapia.
- Potenciación de la conciencia de sí mismo.
- Potenciar la socialización.
- Presencia.
- Terapia artística.
- Terapia asistida con animales.
- Terapia de entretenimiento.
- Terapia de grupo.
- Terapia con juegos.
- Apoyo para la consecución del sustento.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Potenciación del rol.
- Terapia de reminiscencia.

Según la ATIC las manifestaciones de la desesperanza son: (18)

- La sensación de que las acciones no variarán el curso de los acontecimientos.
- Un estado de agotamiento de la confianza, la alegría, la motivación, la fe y el entusiasmo.
- La resignación o aceptación pasiva.
- La apatía y la indiferencia.

Las intervenciones y especificaciones (o actividades) de la terminología ATIC que pueden asociarse a la desesperanza según las necesidades de cada persona incluyen: (100)

- Cuidado de ingreso
- Escucha activa
- Estabilización anímica (*emotional debriefing*)
- Educación sanitaria: medicación
- Educación sanitaria: prevención de complicaciones
- Prevención
- Cuidador: implicación
- Educación de la salud: proceso de la enfermedad
- Educación sanitaria: dieta
- Educación sanitaria: técnicas simples
- Escucha activa: familia
- Educación sanitaria: estrategias de adaptación
- *Counseling*
- Estabilización emocional
- Conservación de la autoestima
- Educación sanitaria: técnicas complejas
- Educación sanitaria: control de síntomas
- Estabilización anímica: familia
- Distracción
- Vínculos familiares: favorecer
- Promocionar la comunicación no verbal
- Restructuración cognitiva
- Fortalecer el vínculo padres-hijos

- Educación sanitaria: técnicas de control de la ansiedad
- Progreso de la enfermedad: apoyo al afrontamiento
- Comunicación: adaptar
- Estimulación sensomotora
- Adaptación a la muerte: apoyo a la familia
- Reorientación
- Agresividad: prevención
- Paseo terapéutico
- Cambio de la imagen corporal: apoyo a la adaptación
- Relajación: inducción
- Suicidio: prevención
- Conducta regresiva: reconducir
- Alianza terapéutica
- El cuidado del “*Kangaroo*”
- *De-escalation technique* (desescalada)
- Agresividad: abordar
- Terapia de juego
- Apoyo a la familia: adaptación con el progreso de la enfermedad
- Terapia de grupo
- Entrevista terapéutica
- Reacondicionamiento fonatorio
- Reposo sensorial
- Mediación de conflicto
- Educación sanitaria: técnica de autocontrol
- Masaje simple
- Apoyo a la adaptación del diagnóstico de la enfermedad
- Conducta dependiente: reconducir
- Estimulación sensorial
- Reposo fonatorio
- Conflictos familiares: mediar
- Educación sanitaria: obtención de muestras
- Conducta defensiva: redirigir



- Adaptación al diagnóstico de la enfermedad: apoyar a la familia
- Musicoterapia
- Colecho: favorecer
- Terapia literaria
- Masaje infantil
- Apoyo al duelo
- Monitorización psicoemocional
- Estimulación motora
- Recuperar la autoestima

**“El deber de los escritores no es conservar el lenguaje sino  
abrirle camino en la historia”**

Gabriel Garcia Márquez



#### 4.5. La importancia de la lengua materna

El árabe, lengua materna de los árabes, cuenta con 300 millones de nativos (3,8% de la población del mundo). (107)

Se llama lengua materna o nativa la que recibe el niño de su alrededor al nacer. Esta lengua se desarrolla poco a poco para ser utilizada como modo de expresión escrita y oral, y es un rasgo de una identidad.

Ashworth (1992) define la lengua materna como “*the language which the child/person acquires in early years and which naturally becomes his/her means of thought and communication*”. (108)

La lengua materna es la base sobre la cual se construye la segunda lengua. (109) M.S. Thirumalai dice que: “Mother tongue is the first known, the most familiar and the closest of all languages to a child. Because of the above, mother tongue offers the most meaningful system of signs, which works with greater speed and facility than a system of signs offered by another language. A child using a language other than his own mother tongue will have problems of adjustments linguistically, socially and culturally. Use of a language other than mother tongue will inhibit the intellectual growth and development and thinking processes. Emotional stability is better achieved through a use of mother tongue”. (110)

El árabe en el siglo XIX era un idioma muy importante, dado que mediante él se traspasó la ciencia griega a Occidente, proporcionando el conocimiento de una nueva cultura y literatura. (111) En el mismo siglo el árabe sufrió el fenómeno de la diglosia (variedades), Ferguson dice que "La situación del idioma árabe señala una debilidad en una de las principales herramientas de análisis lingüístico. Los hablantes de árabe a menudo no tienen intuiciones claras para el uso oral del lenguaje, y la prevalencia de variantes intermedias y fluctuantes entre el árabe moderno estándar y el dialecto puro hace que la gramaticalidad y los juicios son problemáticos en cualquier caso". En consecuencia, “el árabe clásico fue manifiestamente incapaz de hacer frente a las demandas de la nueva era: los diccionarios estaban llenos de palabras obsoletas, una multiplicidad de sinónimos y imprecisiones en los términos científicos”. (111,112)

Actualmente, el árabe está dividido en tres variedades; el árabe clásico (el idioma del Corán, el islam y el patrimonio de literatura), el Árabe Moderno Estándar llamado

también árabe literario (la lengua de la educación, los discursos formales y los medios) y la última es el coloquial o dialectos (usada en discursos informales, folklore y drama popular). (111)

Las lenguas dialectales se han generado en todas las sociedades del mundo y no son mas que adaptaciones del lenguaje original a lo largo de mucho tiempo. (113)

En el mundo árabe cada país tiene su dialecto derivado del árabe clásico; incluso puede haber más de un dialecto dentro del mismo país. Algunos han ido alejándose drásticamente del árabe clásico hasta tal punto que no lo entienden ni los árabes de otros países. En general los países de Oriente Medio se entienden muy bien entre ellos a pesar de las diferencias dialécticas, con alguna dificultad entre los países del Levante y los del Golfo. Mientras entre los países árabes de Asia y los de África la única comunicación posible es hablando árabe clásico, a excepción del egipcio, que se entiende debido a la influencia extendida de la televisión egipcia que ha sido la primera en invadir las casas en todo el mundo árabe.

El árabe clásico es también un idioma de bastante uso por los musulmanes no árabes debido a que es el idioma del libro sagrado el Corán. Este idioma por su estructura se considera un idioma orientado al pasado, y realmente es la razón por la que la cultura árabe y musulmana es una cultura orientada al pasado, además la orientación de certeza de este idioma es también la razón detrás de la orientación de certeza de la cultura árabe y musulmana. Y como se ha mencionado antes hablando de la cultura árabe, el árabe es un idioma de alto contexto, cada palabra lleva atrás una herencia de información enorme, lo cual dificulta la traducción a otros idiomas, pensando en revelar toda la información detrás de la palabra para acertar con el significado que tiene que sobreentiende en árabe. (62)

Con la globalización surgió la necesidad de adquirir más idiomas para facilitar la comunicación con otras naciones y para comprender otras culturas, así muchas personas en el mundo hablan más de un idioma, y algunos países adoptaron un segundo idioma de manera oficial. En los países árabes, por el efecto de la colonización y los intereses económicos y políticos, la mayoría adoptaron el inglés o el francés como segundo idioma oficial del país.

Un segundo idioma según el diccionario libre Farlex es “*a non-native language officially recognized and adopted in a multilingual country as a mean of public communication*”,

y según Ashworth (1992) es “*a language acquired by a person in addition to his mother tongue*”. (108)

El lenguaje es el fundamento de la comunicación; y según Halliday es “un sistema semiótico, un medio funcional en el que interactuamos entre sí utilizando signos y símbolos que incluyen, pero no se limitan a la palabra habladas”. (113)

“El lenguaje como una herramienta de comunicación se remonta a los egipcios hidrográficos y la mitología griega, quienes expresaron su especial estilo de vida y su cultura a través de su lenguaje legado”. (114)

Las palabras en un lenguaje, la manera de hablar y el tono de voz, todos en conjunto tienen un significado conocido para los que lo comparten, es decir, el lenguaje identifica una nación y es un manifiesto de la cultura, y eso explica que dominar un lenguaje no es suficiente para interpretar el significado de una comunicación; los antecedentes culturales pueden alterar el significado holístico de un mismo lenguaje. Por eso nos sentimos más cómodos y fluentes expresándonos en el lenguaje materno.

Según Cibanal Arce y Carballal la comunicación es “el proceso continuo y dinámico entre dos personas, formado por una serie de acontecimientos variables y continuamente en interacción”. (115) Es decir, “es un proceso que permite a las personas intercambiar información sobre ellos mismos y su entorno a través de signos, sonidos, símbolos y comportamientos”. (115) Este es un proceso complejo a través del cual intercambiamos ideas, pensamientos y emociones verbal y no verbalmente. (116)

Este proceso se considera un componente de las habilidades sociales, que según Caballo (2007) son “un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”. (115)

Caballo define una serie de componentes de las habilidades sociales, entre ellas los componentes conductuales que incluyen: (115)

- la comunicación no verbal: mirada, gestos, expresión corporal, posturas, tocamientos, etc.

- La comunicación paralingüística: tono, volumen de voz, claridad, ritmo, fluidez, confianza, etc.

Ambos componentes tienen que reflejar los pensamientos y los sentimientos e ir sincronizados con el mensaje verbal, y a la vez tienen que respetar la privacidad, preferencias, creencias y valores de los pacientes y sus familias. La correcta interpretación del lenguaje no verbal del paciente nos permite por un lado coleccionar más información sobre él, y por otro trabajar en nuestros propios gestos y señales corporales para evitar mensajes erróneos.

La comunicación verbal es la primera línea de comunicación, y la correcta expresión verbal es la clave para el entendimiento y la correcta interacción. Este tipo de comunicación requiere conocimientos lingüísticos generales y profesionales propios de cada profesión.

Las habilidades sociales en la profesión de enfermería son fundamentales, el rol de cuidar somete al personal de enfermería a interacciones interpersonales de manera continua, y dichas habilidades le permite mantener una comunicación eficaz y proporcionar cuidados de calidad. Pues, si bien las habilidades sociales son esenciales en la práctica de enfermería, las herramientas de comunicación lo son también.

Para una comunicación eficaz hace falta dominar el idioma y comprender su contexto social y cultural, y más en un entorno profesional como el de la enfermería, donde las habilidades sociales adecuadas son la clave para una evaluación correcta de las necesidades del paciente y su entorno social, para la planificación del plan de cuidados y para mantener interacciones eficaces y establecer relaciones terapéuticas adecuadas que faciliten proporcionar al paciente y sus familiares cuidados de enfermería de calidad.

Según Gregory (2001) hay un conjunto de 7 habilidades de comunicaciones esenciales para el encuentro terapéutico, sea de médicos o enfermeros: (117)

- 1- Construir la relación paciente-personal sanitario
- 2- Abrir la discusión
- 3- Recopilar información
- 4- Entender la perspectiva del paciente
- 5- Compartir información

6- Llegar a un acuerdo sobre problemas y planes.

7- Finalizar el encuentro.

La Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud confirma que “las barreras de comunicación son responsables del 85% de los eventos centinela en los hospitales”. (118)

Un evento centinela se define como “daño severo para la salud o la vida del paciente, con riesgo de muerte y de consecuencias graves, o la posibilidad de sufrirlas a futuro”. (119)

En una publicación del 2017 que presenta un análisis del informe de los eventos centinelas del informe del 2012-2015 del ministerio de sanidad saudí, la comunicación ineficaz representaba el 35% de las causas. (120)

Las dificultades en la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes están causadas por un conjunto de factores personales, culturales, de género, profesionales, organizativos y de gestión. (114)

Las investigaciones en comunicación de la salud confirman que las barreras culturales y lingüísticas son el mayor obstáculo para la comunicación eficaz en el ámbito de salud, y pueden provocar diagnósticos erróneos y malentendidos, incapacidad del personal de enfermería para vincular las necesidades de los pacientes con los resultados e ineficacia del plan de cuidado.

Parte de la comunicación diaria del personal de enfermería con los pacientes y sus familiares contiene información médica que requiere utilizar términos técnicos. Es importante tener las herramientas lingüísticas adecuadas y conocimientos suficientes para utilizar un vocabulario claro, concreto y fácil de entender a la hora de comunicarse con los pacientes y sus familiares. “La comunicación en enfermería debe ser un lenguaje que transmita significado y comprensión para todos los enfermeros/as independientemente de su especialidad o lugar de trabajo”. (114)

Si es complicado convertir un término técnico a un término general del mismo idioma, es más complicado aún si nuestros conocimientos lingüísticos profesionales o técnicos están basados en otro idioma.

Éste es el caso en los países árabes, donde por un parte el lenguaje oficial de los estudios de enfermería y el lenguaje oficial interprofesional en los dispositivos sanitarios es el



inglés o el francés y el idioma materno de los enfermeros y los pacientes es el árabe.(24,41,50,56)

Por otro parte un gran porcentaje del personal de enfermería en la región es expatriado y no domina el árabe.

Las barreras lingüísticas entre el personal expatriado en los países árabes y los pacientes es una preocupación de alto nivel en la región, y las barreras culturales también tienen un impacto muy negativo en la calidad de la atención de enfermería.

La comunicación eficaz en este caso requiere la habilidad para traducir los términos del segundo idioma al árabe, simplificarla para explicarla al paciente y luego traducir el conjunto de información recogida sobre el paciente del árabe al inglés para registrarlo en los registros de enfermería (que están todos también en inglés o francés), lo cual lo convierte en una tarea complicada y probablemente una fuente de lagunas en la comunicación y errores en la documentación.

“La traducción no es solo un proceso intelectual creativo a través de los cual un texto escrito en un idioma se traspasa a otro idioma, sino que como cualquier otra actividad humana se lleva a cabo en un contexto social y histórico específico que la conforma y la estructura”. Es un proceso complejo, dado que hay dos lenguajes y dos culturas involucradas. (121)

Los recursos médicos occidentales adoptados en los países árabes no solo están escritos en otro idioma, sino que además su contenido está marcado por el contexto cultural occidental; por lo tanto, la traducción al árabe lleva la doble dificultad de una traducción culturalmente orientada, que hasta el momento no está disponible en cuanto a recursos científicos de la profesión de enfermería.

Hay que tener en cuenta que está demostrado que las personas se sienten mas cómodas expresándose en su idioma materna, especialmente en situaciones que conllevan mucha emoción y estrés, y más cómodas aún expresándose en un entorno cultural conocido; la herencia lingüística del idioma materno y de las normas culturales adquiridas desde el nacimiento hace mas fácil interactuar utilizando dicho idioma. (122)

Por eso pensamos que esta dependencia total de los recursos occidentales y la falta total de referencias en árabe está causando una alteración en la calidad de la atención de

enfermería, y quizá también es una de las causas del déficit de personal de enfermería nacional en la región árabe.

No hay estudios sobre las limitaciones provocadas por esta situación en el mundo árabe; sin embargo, existen muchos estudios que abordan el efecto negativo de las barreras lingüísticas sobre la calidad de los servicios sanitarios a la hora de proporcionar atención a pacientes que hablan otro idioma y sobre la eficacia de los servicios de intérpretes sanitarios.

Al mismo tiempo los estudios sobre el nivel del inglés como idioma extranjero o segundo idioma en el mundo árabe confirman que no es competente, sino preocupante.

Dicho lo anterior, nos preguntamos si los estudiantes de enfermería llegan a la universidad con un nivel de inglés de base que les permite comprender inmediatamente el material teórico y técnico impartido.

El lenguaje inglés ha sido introducido en el sistema educativo de Jordania hace casi cuatro décadas, y fue considerado un lenguaje de prestigio. Pero a pesar de ello los resultados del examen de inglés del 2014 para alumnos de ESO en Jordania muestran que solo el 15% aprobaron. Esto apoya los datos presentados por organizaciones internacionales que confirman que el nivel de competencia en inglés en Jordania se ha deteriorado en comparación con el nivel global. (123)

Otro dato interesante es la disminución del número de alumnos que aprobaron la prueba de competencias en inglés para entrar en la universidad, ya que frente a los 534 alumnos que tuvieron que matricularse en la asignatura de inglés al entrar en la universidad por suspender el examen en el curso académico 2007-2008, fueron 967 los que debieron hacerlo en 2012-2013.

Como ejemplo adicional, Omán adoptó la enseñanza del inglés como idioma extranjero para mantenerse al día con la globalización y reconociendo su importancia para su economía y desarrollo. comenzó en 1970 en los colegios públicos desde el cuarto grado, en 1998 desde el primer grado en algunos colegios, y a nivel universitario en 1986. Aun así, los universitarios seguían graduándose con un nivel bajo de inglés y con habilidades de comunicación incompetentes. Según Moody (2012), los programas de inglés en los colegios y las universidades “fallan en considerar al contexto sociolingüístico en la región del Golfo y entre quiénes ocurrirá la comunicación en inglés”. (124)

El Índice de “*Education First English Proficiency (EF EPI)*” que examina y clasifica el nivel promedio de habilidades en inglés de los jóvenes de Oriente Medio y África del Norte (MENA) indica en su ultimo informe que MENA se sitúa por debajo de 70 países en el mundo en nivel de competencia en inglés, y consideran su nivel entre el año 2013 y 2015 muy bajo. <sup>(123)</sup>

Los estudiantes en Oriente Medio se enfrentan a un reto muy difícil al entrar en la Universidad, la exigencia de estudiar y comunicarse en ingles nada más empezar la carrera universitaria; un cambio muy drástico para ellos, ya que en su itinerario educativo el árabe ha sido idioma principal y casi único, y la enseñanza del inglés en el colegio o el instituto no compite con el nivel exigido en la universidad.

“Dudley-Evans y Swales (1980) señalan que el sistema educativo en Oriente Medio se caracteriza por el aprendizaje de memoria, y agrega que la información almacenada por la memorización no puede recuperarse fácilmente de manera selectiva o usarse de manera selectiva o como apoyo de una línea de argumento en particular ”. <sup>(125)</sup> Y con esta manera de aprender y esta preparación en inglés los alumnos se enfrentan al reto de una carrera entera en inglés como la de enfermería.

La mayoría de los árabes que adquieren un nivel alto de inglés son los que han estudiado y vivido años en un país occidental o en Estados Unidos. Muchos de ellos se han desconectado de su cultura y su idioma, y los que han vuelto a trabajar en su país de origen, están aplicando los conocimientos adquiridos allí con todo el contenido cultural occidental, y no se han esforzado para adaptarlo a la cultura ni al lenguaje árabe, y han sido una fuente más de educación de terminologías en segundos idiomas como el inglés y el francés. Esta tendencia transmite a los alumnos los valores, creencias y perspectivas culturales occidentales y causa una crisis de identidad a los alumnos árabes que hasta su momento se habían identificado con su idioma y cultura.

Según Fareh (2010) los retos al que se enfrenta la enseñanza del inglés como segundo idioma en los países árabes son: <sup>(126,127)</sup>

- 1- Profesores mal preparados y metodologías de enseñanza inadecuadas.
- 2- Actividades centradas en el profesor en vez del alumno
- 3- Aptitud, preparación inicial y motivación de los alumnos.
- 4- División frente al enfoque del lenguaje integral.

- 5- Falta de énfasis en el desarrollo de habilidades: el énfasis está más bien en el aprendizaje de memoria.
- 6- Libros de texto y material didáctico.
- 7- Métodos de evaluación.
- 8- Exposición baja al inglés.

Además, hay dudas que pueden ser factores añadidos al reto de conseguir el nivel de competencia esperado: (126)

- 1- Si el currículo tiene claros los motivos y los objetivos de la enseñanza del inglés.
- 2- Si el currículo ha sido desarrollado después de un análisis de las necesidades.
- 3- Si los libros de texto y el material están ajustados a las necesidades de los estudiantes.
- 4- Si los profesores están actualizados en las metodologías nuevas de enseñanza del inglés.
- 5- Si los estudiantes están motivados

En un estudio realizado en el 2018 para explorar los retos al que se enfrentan los estudiantes de inglés de origen árabe en Estados Unidos, los resultados muestran que el predominio del idioma árabe es muy fuerte, y los árabes tienen un estilo social y de comunicación oral muy particular, y en el aprendizaje tienden a escuchar y hablar más que leer y escribir, lo que puede bajar el nivel de precisión, además conservan sus expresiones escritas y su estilo de escribir en vez de aprender la estructura del inglés escrito. Los árabes tienen dificultades con la comprensión, audición y la correcta pronunciación debido a la preparación previa en su país de origen, donde se utilizan métodos tradicionales de enseñanza y les falta exposición a nativos ingleses. (128)

Según Khuwaileh and Shoumali (2000) los estudiantes árabes “normalmente piensan y preparan sus ideas en su idioma nativo, luego lo traduzcan al inglés”. (129)

Otro estudio que analizó las cartas escritas en inglés por estudiantes jordanos revela “el uso del estilo árabe de escritura y que el lenguaje utilizado refleja los patrones de pensamiento de la cultura árabe, caracterizada por la extensión y por su estilo indirecto”.(129)

Los árabes también tienden a exagerar, repetir e insistir para asegurarse de ser creados y entendidos.

Para acercarnos más a lo relacionado con la profesión de enfermería mostramos los resultados de un estudio realizado en Jordania que tiene como objetivo explorar la importancia de un curso de inglés para fines específicos, basado en entrevistas con docentes y estudiantes de enfermería en una de las universidades privadas.<sup>(117)</sup> Este estudio confirma el uso del inglés como idioma de educación para la enfermería, y la preocupación de los profesores e instructores de la universidad sobre la dificultad a la que se enfrentan sus alumnos a la hora de comunicarse con los pacientes siendo su preparación de enfermería en inglés y siendo ambos nativos árabes.

El estudio también confirma una inquietante dificultad a la hora de transmitir información clínica, en la comunicación interprofesional y en la comprensión de las indicaciones de profesores e instructores.

La dificultad en la comunicación escrita y verbal en inglés entre los estudiantes de enfermería es preocupante para los expertos en el mundo árabe, a pesar de que todos se sometan a un examen de competencias y si no lo pasan deben matricularse en la asignatura de inglés. <sup>(125)</sup>

El personal de enfermería no solo debe ser competente en el inglés de uso general, sino también en el uso de términos técnicos en inglés, que para Guhde (2003) es un segundo lenguaje por sí mismo. <sup>(125)</sup>

Según Alan Duff, un lenguaje no siempre tiene los equivalentes de los términos de otro lenguaje, lo confirma también Pinchuck: "También habrá disparidades en el nivel léxico, y lo más probable es que un idioma no tenga palabras para un concepto expresado en otro idioma". Al mismo tiempo John Catford confirma que "si bien casi siempre es posible establecer una equivalencia de traducción entre oraciones, a menudo es difícil hacerlo entre elementos léxicos". <sup>(110)</sup> Eso nos lleva a la conclusión que no es fácil una traducción absoluta de los términos científicos de un idioma a otro.

Según Meuter (2015) "cuando a los profesionales sanitarios les faltan habilidades culturales y lingüísticas, y en ausencia de interpretes, puede que el paciente acuda a familiares bilingües sin ninguna experiencia médica, y con eso aumenta el riesgo de mala comunicación o errores de comunicación. <sup>(130)</sup>

Para enfrentarse a este problema en un mundo con una demanda cada vez más alta de traducciones de términos y conceptos científicos, los expertos lingüísticos árabes han desarrollado técnicas y métodos para construir y expandir el vocabulario árabe, entre ellas: analogía (al-qiyas), composición (al-tarkib), acuñación, (al-naht), derivación (al-ishtiqaq), metáfora (al-majaz), traducción (al-tarjamah) y arabización (al-taareeb). (110,111)

Según Mohammad Sayadi la arabización “se refiere a la expansión léxica que implica la conversión o acuñación de nuevas palabras ya sea desde las raíces existentes, o mediante la traducción de términos extranjeros, y la adopción de palabras ya existentes a través del préstamo de idiomas extranjeros o la reactivación y revitalización del uso antiguo en el mismo idioma”. (110)

La arabización como proceso estudia la relación entre lenguaje y sociedad y el efecto que tiene uno en otro. La idea de este proceso surgió en el siglo XIX después del fin del dominio otomán en la región, en un intento de recuperar lo que había perdido el lenguaje con la herencia lingüística otomana, pero el avance era muy limitado dada la abstracción de los libros utilizados en la educación y su dependencia de la traducción literaria de los libros occidentales, lo cual causó un retraso en lograr los objetivos reales de este movimiento, entre otros, mostrar que el lenguaje es la voz de la cultura. (131)

Hoy en día este movimiento se enfrenta a otros retos que amenazan la integridad del idioma árabe clásico, entre ellos: (131)

- La ocupación israelí.
- las llamadas a ignorar el árabe clásico y utilizar el dialecto.
- La colonización cultural occidental y norteamericana que domina el mundo árabe y sus sistemas educativos.
- La creencia en que el idioma árabe no es capaz de proporcionar un vocabulario competente en todos los ámbitos de ciencia y tecnología.
- Los profesores que han sido formados en Occidente transmiten el lenguaje y los valores occidentales.
- El efecto de los medios de comunicación en introducir mas términos extranjeros.

Las academias de la lengua árabe establecidas en Damasco, El Cairo, Bagdad, Rabat y Amán adoptaron la teoría de la arabización y empezaron un proceso de modificación en

las listas de términos, entre ellas las listas de términos técnicos y científicos, con el motivo de sustituir los términos tomados de otros idiomas como el inglés, griego, latino, y francés con términos originales del árabe clásico.

Este movimiento ha tenido polémicas en su contra, con el argumento principal de que dicho proceso provocará la entrada de muchas palabras raras, abrumará el idioma y causará daño a su integridad. (110)

El proceso de arabización tiene un estatus oficial desde el establecimiento de la “*Arabic Academy*” en Amán que tiene como objetivo coordinar todos los esfuerzos en los países árabes para estandarizar la terminología científica y técnica. (110)

Esta academia ha publicado 80 libros de referencia en especialidades científicas con el motivo de arabizar la educación universitaria y para que el árabe sea el idioma de la investigación científica y las tecnologías modernas en las universidades árabes. Además, han pedido a su comité médico elegir una referencia en cirugía general para arabizar sus términos y han publicado un diccionario de cuatro volúmenes que se utiliza hoy en día en las universidades jordanas.

La academia cree que “la arabización es una necesidad cultural y nacional para la construcción de la cultura árabe”. (131)

El uso del árabe en la educación y como medio de instrucción y expresión es recomendable; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO) confirma que “*every effort should be made to provide education in the mother tongue*”.(110)

Para resumir, al problema lingüístico y cultural en la práctica de enfermería en la región árabe no está exactamente causado por tratar a pacientes que hablan un idioma distinto a lo de los/as enfermeros/as, sino por la diferencia entre el idioma de los estudios del personal de enfermería y el idioma materno de los pacientes; y se considera también una barrera lingüística.

Por desgracia el árabe ha sido marginado e ignorado y es casi inactivo en los sistemas educativos universitarios, a pesar de que la herencia árabe islámica es rica y contiene palabras y terminologías más que suficientes para ser utilizada en los estudios universitarios. (131)

Eso no quita el hecho de que la dependencia tan alta del personal de enfermería expatriado en muchos países árabes ha generado un problema lingüístico y cultural crítico, pero consideramos que este aspecto es un problema de competencia cultural de enfermería y de criterios de contratación, y los líderes de la profesión en dichos países deben evaluarlo e imponer criterios más estrictos de contratación, quizá con la exigencia de un nivel aceptable en el idioma árabe. A nivel internacional el personal de enfermería inmigrante se somete a un examen de idiomas que garantiza que adquieren las herramientas de comunicación necesarias para comunicarse de manera eficaz con los pacientes, para documentar las notas de enfermería correctamente y para evitar confusiones y malentendidos que pueden ser críticos en la atención sanitaria y afectarán negativamente a la calidad de la atención. (122)

La imagen global de la situación en la región árabe, por lo tanto, es de falta de competencias lingüísticas profesionales tanto en el idioma materno como en los segundos idiomas a la hora de comunicarse con los pacientes y el resto del personal sanitario. Creemos que es una imagen muy preocupante y debe tener prioridad en las investigaciones para encontrar una fórmula eficiente que pueda garantizar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los pacientes.





**“La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica”**

Aristóteles



#### **4.6. La documentación y los registros en enfermería**

Las teorías conceptuales y los conocimientos científicos propios de la profesión de enfermería la situaron en un lugar activo y esencial en la lista de las profesiones de la salud como una disciplina autónoma.

Si es autónoma y proporciona atención sanitaria basada en los conocimientos científicos propios, entonces debe tener sus actividades bien reflejadas en la historia clínica del paciente.

La documentación en enfermería es una fase tan importante como la atención de enfermería misma para garantizar la calidad del cuidado de enfermería y la seguridad del paciente.

Una de las competencias esenciales del personal de enfermería es la capacidad de documentar y/o informar sobre los problemas, necesidades y quejas del paciente junto con los signos clínicos, las respuestas clínicas y las actividades de enfermería realizadas.<sup>(132)</sup>

En España la ley (41/2002) que regula la documentación clínica define la historia clínica como “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”. <sup>(133)</sup>

Esta misma ley en su artículo 15, establece cuál debe ser la información básica contenida en la historia clínica de los pacientes o usuarios: <sup>(134)</sup>

"La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia escrita o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada".<sup>(134)</sup>

Y en cuanto a la parte de enfermería la historia clínica debe contener: <sup>(134)</sup>

- 1- La evaluación y planificación de cuidados de enfermería.
- 2- La aplicación terapéutica de enfermería
- 3- El gráfico de constantes

#### 4- El informe clínico de alta.

El personal de enfermería es el que más tiempo pasa con los pacientes, y esta interacción continua e intensa es una fuente de información sobre el paciente, que al registrarla se pone a disposición del resto del personal sanitario, proporciona evidencia del cuidado prestado, desarrolla una base de datos de los conocimientos de enfermería que se puede utilizar para la investigación, el control de la calidad asistencial y la rentabilidad de los servicios de enfermería, y cumple con los requisitos legales relacionados con el derecho del paciente a tener su datos clínicos escritos. (134,135)

La documentación de enfermería puede ser manual (en papel) o informatizada como en los sistemas de registros electrónicos de Salud, en ambos casos debe basarse en un sistema estándar que garantiza su ejecución correcta, precisa y comprehensiva, lo que a su vez garantiza la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes.

En general, se considera que los registros manuales no son de alta calidad de documentación ni de alto nivel de eficacia para la comunicación interprofesional, además consume mucho tiempo, contiene incorrecciones y carece de precisión.

La calidad de la documentación de enfermería se vincula directamente a la seguridad del paciente, por lo tanto, debe ser clara, fiable, precisa, comprensiva y entendible incluso para su uso fuera del ámbito sanitario.

Los estudios destacan que la cultura de la profesión de enfermería es oral, por la tendencia del personal de enfermería a comunicarse verbalmente en vez de a través de los formularios escritos.

En el cambio de turnos los enfermeros/as intercambian oralmente toda la información relevante sobre el cuidado del paciente y sus respuestas a dicho cuidado, y dejan para la documentación sus observaciones y actividades, lo que causa la pérdida de información crítica sobre la condición del paciente.

La información pérdida y los errores en la documentación pueden tener consecuencias serias y amenazar a la vida de los pacientes.

El personal de enfermería tiende a utilizar conceptos y expresiones que solo se entienden entre ellos, y no significan nada para otras personas incluso dentro del propio equipo sanitario.

Este dilema causado por la tendencia mencionada y la dependencia de registros manuales hizo pensar en los beneficios de los registros médicos electrónicos, que pueden ser de gran ayuda para evitar errores y para tener un registro unificado, integral, inclusivo y fácil de leer y entender para todas las personas.

Desde 1960 la tecnología de la información de la salud ha sido implementada en muchos hospitales en los países desarrollados, pero no es el caso en los países en desarrollo como los del mundo árabe. (136)

Los líderes en el ámbito de la salud en los países desarrollados han reconocido la importancia de la implantación de la tecnología de la información de la salud en sus dispositivos sanitarios, y han desarrollado estrategias para su aplicación.

Como ejemplo, España tiene el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, definido como “un elemento instrumental capaz de medir la efectividad, la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema de protección de la salud”. (134)

En cuanto a los países árabes, los sistemas de salud electrónicos han sido introducidos desde hace mucho tiempo, pero, su aplicación sigue siendo muy limitada, y muchos hospitales siguen funcionando con sistemas manuales de documentación, lo cual dificulta de posibilidad de tener un sistema unificado y un enlace nacional que vincule las entidades sanitarias. (137)

En Jordania como ejemplo, hay un proyecto en marcha para introducir los sistemas electrónicos en los hospitales públicos con la colaboración de una iniciativa nacional llamada “*electronic health solution*”. No tenemos datos sobre su funcionalidad y los resultados dado que es una iniciativa nueva. (138)

Destacamos otras dos iniciativas en Jordania que llevan tiempo funcionando con sistemas electrónicos, una es la del “*Istishari Hospital*”, que empezó a funcionar con un sistema electrónico para la historia clínica y el resto de los servicios de apoyo administrativo. Y otra, la del “*King Abdullah Teaching Hospital*”. (139)

La tendencia y el interés en el país de avanzar hacia los registros electrónicos de salud provocó una serie de dificultades; en primer lugar, las competencias de los graduados universitarios en herramientas informáticas y en el manejo de sistemas de información electrónicos, en segundo lugar, la confidencialidad de los datos, y por último la

preocupación sobre cómo será la nueva imagen del cuidado en medio de un ambiente tan tecnológico. (139)

En consonancia con estas preocupaciones, todas las facultades de enfermería en Jordania han incluido una asignatura de herramientas informáticas básicas y avanzadas, y algunas universidades han empezado ofrecer cursos “*online*” y iniciativas de “*e-learning*”.

En EAU, la introducción de los sistemas electrónicos de salud forma parte de su rápido desarrollo financiero en los últimos años, y tiene como objetivo la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Esta tendencia empezó en 2008 con un plan de implementación de estos sistemas en los hospitales públicos a lo largo de tres años. (136)

Un estudio realizado en el año 2016 para medir la satisfacción del personal sanitario en relación con el uso de estos sistemas revela que el 46,6% de los participantes tenían un nivel alto de satisfacción, y que los principales obstáculos a los que se han enfrentado al implementar este sistema eran la desconfianza sobre su utilidad para el paciente, la falta de apoyo administrativo, el escepticismo sobre su confiabilidad, la falta de habilidades informáticas adecuadas y la falta de formación.

En Arabia Saudí, como en el resto de los países árabes, existe una discrepancia entre el alto nivel de interés y los pobres esfuerzos realizados en la práctica para la planificación e implementación de los sistemas electrónicos de salud. La causa de esta diferencia no es el nivel tecnológico del país, sino la falta de apoyo técnico a estos sistemas durante y después de su implementación y la falta de apoyo financiero, además de otros factores mencionados, como la baja competencia del personal sanitario en habilidades informáticas, la falta de preparación y formación y la resistencia de los profesionales y los mandos al cambio. (140)

En un artículo publicado en 2015, los autores, a través de una revisión bibliográfica exploraron distintos aspectos relacionados con los sistemas electrónicos en el sector de la sanidad en el mundo árabe. Los estudios confirman que: (137)

- 1- Los sistemas de información deben ser implementados en los sistemas de salud en todos los países.
- 2- Los países árabes se han quedado atrás en la aplicación de dichos sistemas, aunque muchos países muestran mucho interés especialmente en los registros electrónicos médicos.

- 3- Los sistemas de información de salud constituyen la vía más rentable para proporcionar servicios sanitarios de calidad.
- 4- Los países árabes deben definir sus estrategias y eliminar los obstáculos que limitan la implementación de dichos sistemas.
- 5- Los obstáculos para adoptar esta tendencia mundial son varios, entre ellos: la falta de fondos financieros para implementar los sistemas y entrenar al personal sanitario, la burocracia, las deficiencias de la administración en los hospitales, el bajo nivel de competencia en tecnologías de la información entre el personal sanitario (lo cual genera resistencia a su uso), la falta de personal cualificado en tecnologías de la información y la falta de conocimientos sobre los sistemas electrónicos de salud entre los directores de los hospitales y su ignorancia de su valor.

Es de interés saber que la resistencia a implementar tecnologías de la información en los sistemas de salud percibida en el mundo árabe no solo está generada por obstáculos técnicos, organizativos y financieros, sino también culturales y de actitudes, comportamiento y creencias.

Se ha mencionado antes que los árabes no se sienten cómodos con el cambio, les provoca inseguridad, y más cuando no tienen las competencias necesarias para enfrentarse a él. Esto es aplicable a este tema: la falta de competencias en tecnología de la información, el cambio drástico en la manera de trabajar que provocan los sistemas electrónicos genera resistencia a dichos sistemas, y falta del “*feedback*” necesario para la evaluación de las necesidades y la mejora de los proyectos.

Volvemos al tema de documentación en enfermería, Según Wand, Yu y Hailey (2013) “la calidad de la documentación de enfermería contiene 3 componentes: el contenido, el proceso y la estructura”. (138)

El contenido debe reflejar la realidad de manera completa y precisa a través de un proceso que se centra en la integridad de los datos del paciente y basado en una estructura que incluye la legibilidad y la integridad de la información del paciente en su presentación física. (138)



La unificación de los registros de una disciplina requiere el uso de un lenguaje unificado propio de la misma; de ahí la importancia de las terminologías de enfermería explicadas anteriormente en relación con la documentación de enfermería.

Las terminologías de enfermería como se ha mencionado antes han sido un gran paso en el proceso de desarrollo de la profesión, y son de gran importancia para la calidad de atención, dado que proporcionen una herramienta fácil de manejar, sistemática y orientada a los resultados. Este proceso sistemático, organizado y estandarizado facilita el desarrollo de registros electrónicos de enfermería, donde el margen de error, el consumo de tiempo, la posibilidad de mal entendimiento y la manipulación de datos son mínimos. Aunque hay que reconocer que estos beneficios solo se consiguen con un dominio muy alto de dichas terminologías, habilidades básicas de uso de ordenadores y una preparación específica para el uso de cada sistema de registro.

La ventaja del proceso de enfermería en relación con la documentación es que proporciona una estructura lógica para los registros, lo cual sirve como guía para el personal de enfermería para documentar de manera sistemática.

Muchos estudios mostraron la ausencia o la mala documentación de los diagnósticos, signos y síntomas, factores relacionados, intervenciones y resultados en los registros de enfermería.

Los estudios muestran un problema en las clasificaciones de enfermería disponibles actualmente para su uso como base para los registros electrónicos. Según Hellesø y Ruland, el NIC y NOC por ejemplo son modelos adecuados para la documentación de situaciones no problemáticas, sin embargo, no lo son para situaciones agudas, y además están orientadas a la tarea o las actividades de enfermería, mientras que el plan de enfermería es un plan holístico orientado al paciente. (141)

Esta crítica es parte de la crítica general de parte de algunos investigadores al proceso de enfermería mismo, con el temor de que se convierte en el objetivo en vez de serlo el cuidado holístico del paciente.

Los estudios mostraron que la documentación manual de enfermería incluía las necesidades biofísicas de los pacientes y observación médica, pero no reflejaba el cuidado de enfermería, y tampoco la perspectiva del paciente. Muchos otros aspectos vitales como

su estado espiritual, la escala de evaluación del nivel del dolor y las necesidades de formación estaban totalmente ausentes o mal documentados. (142)

Los sistemas electrónicos como alternativa también tienen sus desventajas según algunos estudios, como el consumo del tiempo que a su vez puede disminuir el tiempo invertido en el cuidado del paciente, la duplicación de la información y la falta de una perspectiva holística. (142)

Sin embargo, el desarrollo del contenido estructurado del plan de cuidado aumenta la precisión de los registros y los mantiene orientados al paciente.

La autora de este trabajo cree que el proceso de enfermería y el uso de los lenguajes enfermeros en su aplicación y como base de los registros de enfermería es esencial para prestar atención de enfermería de calidad; al mismo tiempo comparte el temor de convertir al proceso mismo en un objetivo, si no realizamos suficientes investigaciones para medir su eficacia y su aplicaciones en los distintos ámbitos de servicio, en las distintas culturas, y si no cambiamos los métodos educativos para vincular la teoría con la práctica.



**“Las leyes no se mejorarían nunca si no existieran numerosas personas cuyos sentimientos morales son mejores que las leyes existentes”**

John Stuart Mill



#### **4.7. Leyes y temas legales de la salud en el mundo árabe**

La calidad de los servicios sanitarios se controla con el cumplimiento de los criterios de calidad asistencial.

La calidad asistencial se puede definir como “proporcionar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al coste más razonable”. (11)

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población y facilita los recursos necesarios para prestar los servicios que satisfagan estas necesidades.

Existen muchos modelos de evaluación de la calidad asistencial reconocidos a nivel internacional, como el modelo de la Organización Internacional de Normalización (ISO) y el modelo de la Fundación Europea para Gestión de Calidad (EFQM); ambos proporcionan un conjunto de estándares que se utilizan como base para la evaluación de las instalaciones de un dispositivo sanitario.

Si bien las normas de la calidad asistencial garantizan proporcionar servicios de calidad que satisfaga las necesidades del paciente y proteja su seguridad, las leyes garantizan ciertos derechos legales de los pacientes y los trabajadores en el sector sanitario y dictan los deberes de estos mismos, de tal manera que les permite legalmente exigir dichos derechos y les obliga a cumplir con los deberes.

En España “la protección de la salud de los ciudadanos constituye un bien jurídico de relevancia constitucional, siendo el Estado garante exclusivo sobre las bases y coordinación general de la sanidad y, atribuyéndose a las Comunidades Autónomas competencias sobre sanidad e higiene en el artículo 148.1.21, de esta manera el (Código Sanitario, normativa autonómica) presenta un tratamiento recopilatorio específico de las competencias que las comunidades autónomas han asumido, de desarrollo legislativo y de ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención, restauración de la salud, en los términos que establezcan las leyes y normas reglamentarias estatales”. (143)

Para esta investigación es de especial interés la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: (144)

- Artículo 2:

- 1- La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodias y transmitir la información y la documentación clínica.
- 2- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que le paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley.
- 3- El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
- 4- Todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
- 5- La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica esta obligada a guardar la reserva debida.

- Artículo 4:

- 1- Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos excepciones por la ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
- 2- La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

- 3- El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atienden durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

- Artículo 7:

- 1- Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.
- 2- Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere en el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

- Artículo 8:

- 1- Toda actuación en el ámbito sanitario de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información en el artículo 4 y haya valorado las opciones propias del caso.
- 2- El consentimiento será verbal como regla general. Sin embargo, se prestará en escrito en el caso de: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgo o inconvenientes de notorias y previsibles repercusiones negativas sobre la salud del paciente.
- 3- Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico y diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
- 4- El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

- Artículo 11:

- 1- Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumple



en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos de este.

- 2- Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizar de acuerdo con lo dispuesto en la legalización de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el registro nacional de instrucciones previas que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Internacional del Sistema Nacional de Salud.

- Artículo 14:

- 1- La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.
- 2- Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que quede garantizada su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

- Artículo 15:

- 1- El historial clínico incorpora la información que se considera trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que queda constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

- Artículo 18:

- 1- El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los

datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos

- 2- El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso a la reserva de sus anotaciones subjetivas.

En cuanto a leyes de derechos del paciente en los países árabes, hay escasa información publicada oficial y de fácil acceso, pero presentamos algunos ejemplos que han sido encontrado.

#### Arabia Saudí:

El Ministerio de Sanidad de Arabia Saudí publicó la declaración de los derechos del paciente en 2001, y como en los otros países no nos consta si se ha elevado a rango de ley o no. Los principales temas son la autonomía del paciente, el consentimiento informado, la confidencialidad y la privacidad. (145)

#### Emiratos Árabes Unidos:

En un documento de las autoridades de salud de Abu Dabi con número de referencia PPR/HCO/P0030/08 publicado en el 2008 encontramos una lista de los derechos y deberes del paciente, entre ellos: (146)

- El derecho a recibir explicaciones completas sobre su condición, cuidado y tratamiento.
- El derecho a acceder a su historial médico
- El derecho a la privacidad durante la evaluación, los procedimientos y el cuidado clínico.
- El derecho a firmar el consentimiento informado como dicta la política del consentimiento (PPR/HCP/P0003/07).
- El derecho a recibir información verbal y escrita sobre el tratamiento propuesto y las alternativas.

- El derecho a tener su historial clínico actualizado y relevante, con toda la información documentada y a que se mantenga confidencial y protegido de la pérdida o el abuso.
- El derecho a la libertad de decisión sobre su tratamiento y cuidado.
- El derecho al cuidado al final de la vida con respeto y compasión.
- El derecho a un intérprete.

#### Egipto:

Los derechos del paciente han sido introducidos como parte de los estándares de acreditación en Egipto en 2005. No tenemos constancia de que esta política haya sido a relevada a rango de ley o no.

Estos estándares confirman los siguientes puntos relacionados con los derechos del paciente y de su familia: (147,148)

- 1- Obtener el consentimiento del paciente o la familia en algunos procedimientos o tratamientos, como cirugía, anestesia, sedación profunda, transfusión de sangre, investigación o tratamientos de alto riesgo como quimio terapia o radioterapia.

Se debe obtener antes de empezar el proceso, y después de informar al paciente de los posibles riesgos, beneficios y alternativas terapéuticas o de diagnóstico.

- 2- Garantizar que el paciente esta informado y protegido cuando se inscribe en una investigación.
- 3- Permitir que el paciente y sus familias tengan la posibilidad de presentar una queja o sugerencia.
- 4- Evaluar la satisfacción del paciente y de su familia.
- 5- Identificar y proteger los derechos del paciente.
- 6- Tener un registro médico para cada paciente que haya sido evaluado o tratado en el hospital.

Este registro tendrá la información suficiente para: identificar al paciente, promover la continuidad del cuidado, apoyar al diagnóstico, justificar el tratamiento y documentar el curso de tratamiento y los resultados.

### Jordania:

La ley 25 del 2018 de la constitución jordana sobre la responsabilidad médica y sanitaria.<sup>(81)</sup>

- Artículo 7: obliga a registrar el caso y su historial médico antes de empezar el proceso de cuidado a no ser que sea un caso urgente, y a informar al paciente del diagnóstico y el pronóstico a no ser que sea contra su beneficio, en este caso obliga a informar a sus familiares y/o acompañantes si su estado psicológico no permite informarle, si está incapacitado o su estado de salud no permite informarle y tener su consentimiento.

También obliga a informar al paciente de los posibles efectos secundarios del diagnóstico, la cirugía o el tratamiento antes de aplicarlo siempre que sea posible.

- Artículo 8: prohíbe tratar a cualquier persona sin su consentimiento a excepción de los casos que requieren una intervención urgente en una situación amenazante para la vida y no es posible conseguirlo.

Este mismo artículo prohíbe compartir datos de los pacientes a no ser que sea solicitado por el beneficiario y con consentimiento escrito, si es en el beneficio del esposo o la esposa y se los transmiten a ellos personalmente, o si es para evitar un crimen o denunciarlo, y solo se comparte en este caso con los cuerpos oficiales, o si es por orden judicial y en el caso de compartirlos con Comité técnico superior.

### Líbano:

- 1- La ley 240-2012, de 22 octubre, rectificando la ley 288/1994, de 22 febrero en el Líbano, sobre el código de ética médica. <sup>(149)</sup>

- Artículo 7: El secreto profesional que une a los médicos es una cuestión de política pública. Un médico debe estar obligado por este secreto, en todas las circunstancias en las que se le llame para brindar atención a un paciente o para realizar una consulta, sujeto a las excepciones prescritas por la seguridad pública, por las leyes, los reglamentos y los acuerdos. Este secreto incluye la información divulgada por el paciente y lo que se ve, conoce, descubre o descifra por un médico en el curso de su práctica profesional o como resultado de los exámenes que realiza.

- Artículo 7/2: Un médico debe entregar personalmente al paciente o al representante del paciente, por escrito y cuando lo solicite un informe sobre la situación de salud de dicho paciente. Un médico tiene derecho a no incluir en este informe la información cuya divulgación, según su criterio, no se encuentra en interés del paciente.
  - Artículo 7/3: Si el paciente solicita un informe con el fin de obtener beneficios sociales, el médico puede remitir dicho informe directamente al médico de la institución que proporciona dichos beneficios, junto con el consentimiento por escrito del paciente o uno de sus familiares. De ser necesario, sujeto a las disposiciones de la cláusula 2 mencionada anteriormente.
  - Artículo 7/5: Un médico no debe denunciar un delito cometido por un paciente que le confesó haberlo cometido. En el caso de que el médico descubriera un delito durante el examen de un paciente, debe denunciarlo a la fiscalía pública; igualmente debe hacerlo esté convencido de que la denuncia impedirá que la persona afectada cometa otros delitos.
  - Artículo 7/6: Un médico debe presentar su declaración de testigo ante los tribunales cuando mediante dicha declaración se puede impedir la condena de una persona inocente.
  - Artículo 7/7: Un médico está exento del deber de secreto profesional cuando es convocado por el Tribunal en su calidad de experto para el examen de un paciente o para revisar el expediente de ese paciente, dentro de los límites de la misión que se le confía.
  - Artículo 29/1: Todo médico debe mantener un archivo médico específico para cada uno de sus pacientes en su clínica, y él/ella será responsable de su custodia. El médico entregará una copia del archivo al paciente cuando éste lo solicite, siempre que incluya un informe con toda la información necesaria para completar el diagnóstico o continuar con el tratamiento.
  - Artículo 29/5: Ningún médico tiene derecho a revisar el expediente médico del paciente, excepto a petición de este último o de su representante legal y luego de informar al médico tratante, excepto en casos urgentes.
- 2- La ley de los derechos de los pacientes y el consentimiento informado número 574, de 11 febrero 2004. <sup>(150)</sup>
- El derecho a los servicios sanitarios.

- El derecho a la información completa sobre su estado de salud, incluidas las pruebas diagnósticas, los tratamientos y las cirugías propuestas, así como sus beneficios, riesgos y posibles efectos secundarios, las alternativas y las consecuencias esperadas en el caso de no aplicarlos; excluidos de esta norma los casos de urgencias. Esta información debe ser honesta, clara, entendible y adaptada a la personalidad del paciente y sus necesidades. Además, debe entregar al paciente una carpeta con la información escrita. También obliga a actualizar al paciente en el caso de tener información nueva.
- El derecho a respetar su voluntad de no recibir información sobre su estado de salud, a excepción del caso de riesgos para la salud pública. Además, el paciente puede autorizar un representante para recibir la información.
- El derecho a consentir de ante mano toda actividad médica. A excepción de un caso de urgencia y cuando es imposible conseguir su consentimiento. El consentimiento se da libremente después de recibir toda la información relevante a la actividad médica sugerida.
- El derecho a rechazar la actividad médica y a detenerla bajo su responsabilidad.
- En el caso de que el estado del paciente no le permita expresar su voluntad, no se puede ejercer ninguna actividad médica sin el consentimiento de su familia o de un representante autorizado por él.
- Se debe informar al paciente y pedir su consentimiento para participar en ensayos e investigaciones.
- El derecho a la confidencialidad de su historial médico.
- En el caso de un diagnóstico con una esperanza de vida limitada, informar los familiares no se considera violación al punto anterior.
- Todo paciente tiene derecho a acceder a su historial médico y tener una copia.
- Iniciar un historial médico para cada paciente es obligatorio y debe contener: la identificación del paciente, la razón de su ingreso hospitalario, los resultados de las pruebas diagnósticas y la evaluación clínica, los informes de las cirugías, la medicación, un informe sobre sus antecedentes médicos, los

informes de la evolución diaria, el informe de alta y las prescripciones de medicamentos.

- En el caso de fallecimiento del paciente, los familiares y el representante tienen derecho a acceder al historial médico con el objetivo de conocer la causa de la muerte, defenderle o exponer sus derechos, a no ser que el paciente haya expresado su negación a este derecho.

#### Palestina:

El artículo 60 de la ley de los derechos del paciente en las instalaciones de salud de la ley de la salud pública número 20 del año 2004 dicta que cada paciente en la institución de salud tiene derecho a: <sup>(151)</sup>

- 1- Obtener atención inmediata en caso de emergencia.
- 2- Recibir una explicación clara del tratamiento propuesto y tiene la aprobación para usar o rechazar este tratamiento.
- 3- Aprobar o negarse a participar en una investigación o capacitación realizada en la institución de salud.
- 4- Respeto por su intimidad, dignidad y creencias religiosas y culturales.
- 5- Denuncias contra la institución de salud o uno de sus empleados.

#### Sudán:

En Sudán y como respuesta a las indicaciones de la OMS, el Ministerio de Sanidad Federal de Sudán, lanzó la Declaración de los Derechos del Paciente en 2009, lo cual se considera una de las primeras en el mundo árabe. <sup>(152)</sup>

No hemos encontrado un documento oficial con los detalles de esta declaración, y no tenemos constancia de si ha sido elevado a rango de ley o no.

**“Si se parte del principio ético de que todas las culturas son dignas de respeto, estaremos en una posición de igualdad frente a la persona que recibe los cuidados” (153)**





#### **4.8. Competencia y adaptación cultural**

En un mundo donde la inmigración y la mezcla de culturas está más presente que nunca, ha producido un cambio importante en la organización de los servicios sanitarios, en los cuales se considera que las competencias culturales son esenciales en la profesión de enfermería, así como en todas las profesiones de salud.

El concepto de la multiculturalidad surgió por primera vez en los años 60; más tarde, en los 70 se formaron los primeros conceptos de competencia cultural, y la OMS reconoció la importancia de la cultura y la diversidad cultural en temas de salud y bienestar en los años 80. (154)

Campimha- Bacote define la competencia cultural como “el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud se esfuerzan continuamente por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo o la comunidad. Este proceso involucra la integración de la conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y aspiraciones culturales”. (154)

La competencia cultural es una herramienta para prestar atención de enfermería de calidad, y requiere un mayor entendimiento de la cultura de los pacientes, con todo lo que conlleva de valores, costumbres, rituales y perspectivas, y la clave para adquirirla esta es el respeto, la aceptación del otro y estar abierto a las diferencias sin prejuicios.

Madeleine Leininger fue la primera en destacar la importancia de la cultura en la práctica de enfermería y desarrolló su teoría del cuidado cultural, con lo cual introdujo el concepto de la enfermería transcultural. (155)

La enfermería transcultural es “un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas para ayudarlas a mantener o recuperar su salud y hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”. (156)

Para Leininger la cultura es el conjunto de “los valores, las creencias, las normas y los modos de vivir compartidos, aprendidos y transmitidos que guían los pensamientos, las decisiones y las acciones de un grupo de manera específica”. (157)

Es decir, la cultura es una identidad y a su vez es una manera de pensar, que influye en la perspectiva de la gente y puede alterar las prácticas y las decisiones médicas.

Las diferencias culturales relevantes para los cuidados sanitarios son: el significado de la salud y enfermedad, la participación de la familia y las fuentes de apoyo social, la expectativa de tratamiento biomédico, la experiencia del dolor y el sufrimiento, las opiniones acerca de algunos temas éticos, las preferencias sobre la revelación del diagnóstico y el pronóstico, las necesidades emocionales, físicas y de formación, y la filosofía de la vida y la muerte. (64)

Cuando hablamos de comprensión de la cultura de los demás, no hablamos solo de culturas distintas a la nuestra, sino que consideramos de igual importancia comprender nuestra propia cultura, una comprensión que nos permite estar en paz con nuestros valores, creencias y perspectivas, haciéndonos más abiertos al entendimiento de la cultura de los demás, aunque sean de la misma nuestra. Las personas en un mismo entorno cultural pueden tener diferencias culturales, que en muchas ocasiones ignoramos, y al tratarles bajo los mismos conceptos culturales les proporcionamos cuidados inadecuados.

El personal de enfermería debe estar abierto a descubrir la cultura de cada persona, nunca hacer suposiciones sobre el trasfondo cultural, y solo así puede proporcionar un cuidado cultural. “Un concepto que describe el cuidado enfermero profesional que es culturalmente sensible, culturalmente apropiado y competente”. (154)

Hay que admitir que este modelo de cuidado se enfrenta a dificultades, entre ellas el idioma, el lenguaje no verbal y la falta de conocimientos de los componentes de las distintas culturas.

Los intérpretes intentan solucionar parte del problema del idioma, aunque es una solución que deja mucho que desear, dado que quita intimidad y dificulta la tarea del personal de enfermería, crear una relación interpersonal con los pacientes y sus familias. Hoy en día existe la figura del mediador cultural, que además de dominar los dos idiomas perfectamente, debe adquirir conocimientos profundos de la cultura para poder interpretar los gestos y el lenguaje corporal no verbal de las personas.

La comprensión del lenguaje no verbal requiere entendimiento y comprensión de la cultura, por lo tanto, no se soluciona sin un conocimiento suficientemente profundo para poder interpretar los mensajes de esta comunicación.

Esta figura (la del mediador) es más humana y permite prestar atención más personalizada, pero no deja de afectar a la relación interpersonal del personal de

enfermería con los pacientes, ni anula los posibles errores de interpretación, dado el hecho de que no todas estas figuras tienen una preparación o formación sanitaria.

En medio de esta revolución que busca reconocer la importancia de la cultura a la hora de prestar servicios sanitarios, está también el tema de la adaptación cultural de las teorías, conceptos, herramientas y escalas de enfermería.

Según McGrath (1990) los instrumentos y herramientas de evaluación clínica deben ser válidos, fiables, culturalmente sensibles y versátiles. (158)

Por ejemplo, la NANDA está siendo adoptada a nivel internacional, y recomienda abordar temas relacionados con las diferencias en el campo de aplicación de la práctica de enfermería, en los modelos de práctica, en los leyes y reglamentos, las competencias de enfermería y en los sistemas educativos. (10)

La información obtenida cuando las herramientas son culturalmente sensibles es más precisa y por lo tanto, las intervenciones son más adecuadas.

“El proceso de adaptación debe implicar un entrelazamiento de los componentes de la intervención con importantes principios, valores y realidades de la nueva cultura. La adaptación es un proceso dialéctico en el que se enfrenta la intervención original con las realidades culturales de la nueva cultura para llegar a una síntesis que representa una adaptación significativa”. (159)

En este proceso debemos tener presente el país implicado, su cultura, su idioma, el estilo de vida de sus habitantes, la religión, estatus social y económico, costumbres, convenciones sociales, factores geográficos y políticos, etc. La comprensión de estos factores nos ayuda a entender en qué medida afectan a la opinión y a la perspectiva sobre temas de salud y nos deja clara la importancia de tenerlos en cuenta a la hora de adaptar herramientas de salud, que proceden mayoritariamente de EE. UU. o del Reino Unido. (160)

“La mayor parte de estos cuestionarios o instrumentos de evaluación valoran aspectos que no son totalmente objetivos, y por este motivo resulta imprescindible tener en cuenta que las diferencias lingüísticas y culturales influyen en la manera en que los individuos perciben y comunican sus estados de salud y enfermedad. Todo ello hace necesario que dichos instrumentos reflejen los valores, criterios y puntos de vista específicos de las culturas en que han de ser utilizados y se adapten a ellos. Solo de esta forma se puede

conseguir que tanto la versión original como la versión obtenida para su aplicación en otra cultura sean equivalentes, es decir, midan lo mismo”. (160)

La adaptación cultural tiene dos pilares importantes, el idioma y el contenido, en algunos casos el contenido no es exactamente el adecuado, y otras veces, aunque es adecuado, el idioma puede alterar su significado, y por lo tanto poner en duda su validez.

Se sabe que el inglés domina con mucha diferencia las publicaciones y libros que tratan los temas de salud en general y de enfermería en particular; esto se debe en gran parte a que los pioneros de las profesiones de salud eran nacionales de países de habla inglés, y por otra parte, las normas de publicación, el interés de cada país en apoyar a la investigación, ...etc.

Para adaptar una escala o un instrumento, estando el contenido en muchos casos en un idioma diferente requiere como primer paso la traducción de este contenido, puesto que se trata de temas de salud, la traducción es un paso muy sensible, y según Guillemin debe pasar por cuatro etapas: (107,161)

**Traducción:** lo hacen dos grupos de expertos independientes, uno de ellos no conoce el tema de estudio, se mantiene una discusión entre los dos grupos y finalmente se realiza una traducción final.

**Retro traducción:** la traducción de las dos versiones de la primera etapa al idioma original realizada por dos grupos distintos a los de la primera etapa.

**Revisión:** se realiza por expertos bilingües para identificar las equivalencias interculturales de las versiones, en los dos idiomas, y puede modificar o rechazar lo que consideran inadecuado y generar nuevos artículos.

**Pre-test:** comprobar si los artículos de la versión nueva son claros y se ajustan al lenguaje de la población. Para esta etapa se lanza un cuestionario a una muestra de población para detectar errores o desviaciones en la traducción.

Los expertos informan de que estas fases no abordan la equivalencia conceptual, sino que reflejan una suposición de ausencia de variación en la conceptualización y el funcionamiento de los conceptos de la salud entre las distintas culturas, y no se preocupa del significado y los patrones de respuesta de cada cultura. (162)

Para abordar el tema de las equivalencias conceptuales y probar su compatibilidad con los indicadores conceptuales de cada cultura, existen dos estrategias sugeridas en la literatura:

- 1- Un trabajo cualitativo en forma de entrevistas individuales o grupales con miembros de la cultura objetivo para obtener una comprensión del significado, la interpretación y los indicadores de los conceptos de salud que prevalecen en dicha cultura.
- 2- La segunda estrategia es utilizar las entrevistas cognitivas en la última fase de la adaptación y traducción con el objetivo de realizar una prueba previa de la versión traducida.

El proceso de adaptación, por lo tanto, requiere adquirir un nivel alto en ambos idiomas y las herramientas adecuadas para tratar el contenido con una perspectiva cultural que lo ponga en el contexto que indica dicha cultura, y “para evitar desniveles conceptuales es muy importante tener presentes las normas socioculturales de la lengua y cultura a la que se traduce y, por lo tanto, hay que realizar una adaptación cultural y no una mera traducción literal”. (160)

Dicho lo anterior, pensamos que investigar el efecto del uso de un idioma no materno en la educación y la documentación de enfermería e intentar traducirlo y adaptarlo a diario cuidando a pacientes nativos como es el caso en los países árabes es de gran importancia.

Aunque el tema de las diferencias culturales es menos problemático, siendo de la misma cultura, la traducción puede ser un problema, y la adaptación de las herramientas e instrumentos originales en otro idioma también es un problema presente.

En el mundo árabe tenemos un doble trabajo en relación con la adaptación cultural, causado por un parte por la dependencia del personal de enfermería expatriado en muchos países; y eso crea un problema de comunicación y de comprensión cultural; y por otro parte el sistema educativo en las facultades de enfermería dependiente de los modelos occidentales y presentado en segundos idiomas como el inglés y el francés, lo cual genera también dudas sobre la compatibilidad de estos modelos con la cultura árabe y los problemas de comunicación y documentación provocadas por el uso de segundos idiomas.

Un factor más que dificulta la adaptación cultural al mundo árabe es la variedad de dialectos y algunas diferencias culturales entre África y Asia principalmente y en parte entre los países del levante y del Golfo.

No existe un acuerdo universal sobre cómo adaptar un instrumento para su uso en otra cultura, sin embargo, estamos de acuerdo en que no es apropiada ni válida una simple traducción, aunque sea a un nivel lingüístico muy alto y comprensivo. (163)

La adaptación cultural es un proceso de conformar el contenido a la versión particular de cada idioma con una visibilidad cultural. Por lo tanto, la persona que lleva a cabo este proceso debe ser bilingüe y bicultural. (160)

“La adaptación nos permite evitar un calco cultural que puede producir confusión u oscuridad, y la pérdida de ciertos elementos extralingüísticos indispensables para la asimilación completa del texto. Lo importante es encontrar una equivalencia con el sentido del texto original para que éste pueda ser entendido por los lectores del país ajeno a la lengua de origen”. (160)

## **5. JUSTIFICACIÓN**

---





## **JUSTIFICACIÓN**

El uso de los lenguajes enfermeros como herramienta unificada para elaborar el plan de cuidados de enfermería se considera clave para prestar atención de enfermería de calidad.

La literatura aporta escasa información sobre el uso de dichos lenguajes en los países árabes, pero se sabe que el lenguaje enfermero NNN es el más conocida y utilizada en dichos países para elaborar el plan de cuidados de enfermería.

A pesar de que el árabe es el idioma oficial en todos los países árabes, se utiliza en muy pocas facultades de enfermería como idioma oficial de enseñanza; todos los recursos formativos y libros de textos están escritos en otros idiomas, principalmente en inglés, y la preparación profesional está basada en las teorías y modelos de enfermería occidentales, que a la vez son internacionales, incluidas los lenguajes enfermeros.

Como consecuencia, el inglés es también el idioma utilizado en la comunicación interprofesional y en los registros de enfermería.

Teniendo en cuenta que 359 millones de personas (5% de los habitantes del mundo) residen en los países árabes, de ellos sólo 26 millones extranjeros,(164) y el resto son de origen árabe, viven en un marco cultural árabe y su idioma oficial y de uso diario es el árabe, puede ser de gran importancia investigar la aplicación de los lenguajes enfermeros en el mundo árabe y adaptarlos a las necesidades de los enfermos y profesionales árabes para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.

También es de gran importancia investigar los posibles efectos negativos (explicaciones y expresiones imprecisas) del uso de un idioma no materno en los registros de enfermería.

Queda mencionar que no hemos encontrado ninguna traducción oficial de los lenguajes enfermeros al árabe, siendo uno de los idiomas más hablados en el mundo, e idioma oficial en la OMS.

Consideramos que potenciar la investigación de enfermería en temas relacionados con la cultura árabe y el uso de la lengua árabe en dicha profesión es esencial para el desarrollo de la disciplina de enfermería en el mundo árabe.



## **6. HIPÓTESIS**

---



## **HIPÓTESIS**

Los lenguajes enfermeros utilizados en el mundo árabe necesitan ser adaptados a las necesidades especiales del paciente y a las del personal de enfermería árabe.

La adopción de un sistema educativo occidental en las facultades de enfermería en el mundo árabe genera una dependencia del uso de segundos idiomas en los registros, lo cual puede provocar lagunas en la comunicación y la documentación, y posibles errores a la hora de proporcionar los cuidados de enfermería.



## **7. OBJETIVOS**

---





## **OBJETIVOS**

**Objetivo Principal:** Explorar la realidad acerca del uso de los lenguajes enfermeros en el mundo árabe.

### **Objetivos específicos:**

- 1- Identificar los diagnósticos de enfermería objeto del estudio.
- 2- Determinar cuáles son las intervenciones vinculadas a estos diagnósticos en los lenguajes NNN y ATIC.
- 3- Investigar la opinión de expertos árabes respecto a estas intervenciones.
- 4- Describir el efecto que produce el uso de un idioma no materno en los registros de enfermería en la expresión precisa del proceso de enfermería.
- 5- Proponer una serie de recomendaciones para conseguir una versión de los lenguajes enfermeros adaptada a las necesidades de los pacientes y al personal de enfermería en el mundo árabe.



## **8. MATERIAL Y MÉTODO**

---



## MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio ha sido realizado en tres fases:

- Fase conceptual
- Fase metodológica
- Fase empírica

### **8.1 Fase conceptual:**

En la fase conceptual se desarrolla todo el plan de investigación con un mapa mental de plazos, temas, materiales, métodos y plan de acciones.

Para llevar a cabo esta fase del trabajo hemos seguido los siguientes pasos:

#### 8.1.1 Plantear el tema de investigación

El tema de la cultura y la interculturalidad siempre ha sido de interés para la investigadora; este interés se ha intensificado al notar diferencias culturales vitales en el cuidado del paciente terminal entre Jordania y España durante la elaboración de su trabajo fin de máster.

Durante la elaboración de este mismo surgió una duda inquietante relacionada con la ausencia de referencias, libros de texto y recursos de apoyo a la profesión de enfermería en árabe, así como de herramientas y escalas adaptadas y traducidas al árabe, incluidos los lenguajes enfermeros.

Meses después, preparando el Trabajo Fin de Grado para el Curso de Adaptación a Grado sobre el rol de enfermería en Cuidados Paliativos, surgió otra duda importante y una pregunta clave: ¿cómo puede afectar la ausencia de un lenguaje adaptado a las necesidades del paciente y los enfermeros árabes a la calidad de la atención de enfermería y a la precisión de los registros de enfermería en el mundo árabe?

En vista de lo anterior, decidimos desarrollar un plan de investigación para intentar explorar la realidad y contestar dicha pregunta clave.

#### 8.1.2 Revisión bibliográfica

- Una primera fase exploratoria de la información publicada sobre el tema.

El tema de la investigación no ha sido abordado en estudios anteriores, y hay escasa información sobre el uso de los lenguajes enfermeros en el mundo árabe y su uso en los registros de enfermería.

Hay muchos artículos que tratan de explicar la importancia de la cultura a la hora de prestar atención sanitaria, y de los cambios necesarios para asegurarnos de prestar una atención de calidad. Los estudios confirman que la cultura puede alterar la perspectiva sobre algunos conceptos como la salud, la enfermedad y la muerte y por lo tanto exige algunas adaptaciones de las prácticas relacionadas con el cuidado de la salud, las decisiones médicas y los modelos de prestación de servicios sanitarios.

No hemos encontrado ninguna traducción de los lenguajes enfermeros al árabe.

- Una segunda fase de búsqueda necesaria para desarrollar el marco teórico del estudio (la introducción), empezó en el momento en que se decidió el tema y siguió a lo largo de todo el tiempo de trabajo de este estudio.

Como base teórica del trabajo, la introducción abordó los siguientes temas:

- La cultura árabe en general
- La profesión de enfermería en el mundo árabe
- Los sistemas de registro de enfermería en el mundo árabe
- Los lenguajes de enfermería: NNN y ATIC
- Competencias culturales y adaptación cultural
- Introducción a los diagnósticos bajo estudio
- La importancia de la lengua materna en la comunicación
- Leyes y temas legales de la salud en el mundo árabe

#### 8.1.3 Formular los objetivos

Los objetivos de este estudio han sido identificados en base a la pregunta y la hipótesis de la investigación y a la información encontrada en la fase de búsqueda bibliográfica.

- 1- Identificar los diagnósticos de enfermería objeto de estudio

Los diagnósticos elegidos para el estudio son: el duelo, el sufrimiento espiritual y la desesperanza

Estos diagnósticos han sido elegidos por las siguientes razones:

- Forman parte de los dos lenguajes enfermeros del estudio (NNN y ATIC).
- Tienen unos componentes que permiten destacar las diferencias culturales.
- Se detectan con mucha frecuencia en los planes de cuidados de enfermería en la especialidad paliativa, la especialidad de la autora de este estudio; y en la cual ha tenido mucha experiencia.

Después de identificar estos tres diagnósticos, la definición de cada uno en los dos lenguajes ha sido revisada y traducida al árabe.

La NANDA define el duelo como: “Proceso normal complejo que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida”. (10,11)

Mientras el ATIC lo define así “La persona experimenta un conjunto de respuestas físicas, psicológicas, sociales y espirituales, de adaptación frente a una pérdida. Es una respuesta de adaptación saludable que se manifiesta de manera diferente en función del contexto sociocultural y de las creencias y valores de la persona o el grupo”. (18)

En cuanto al sufrimiento espiritual, según la NANDA es “ Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, con otras personas, con el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior” (10,11) y según el ATIC “La persona experimenta un padecimiento angustioso, intenso y doloroso vinculado a la incapacidad para encontrar, mantener o recuperar el equilibrio interno que le permite cuestionar el sentido de la propia existencia o de la situación que está viviendo, y que fomenta su relación con lo que es trascendental”. (18)

La desesperanza se define en la NANDA como “estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elección personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho”,(10,11) y en el ATIC como “La



persona presenta una insuficiencia de los mecanismos de afrontamiento que expresa una postura de rendición, con depreciación del auto concepto, inhibición emocional, pasividad y ruptura de la continuidad temporal hacia el futuro”. (18)

- 2- Determinar cuáles son las intervenciones vinculadas a estos diagnósticos en el NIC y en ATIC.

Las intervenciones vinculadas a los tres diagnósticos en los dos lenguajes han sido localizadas, revisadas y traducidas al árabe.

Anexo (2): Lista de las intervenciones vinculadas al duelo y la desesperanza de la NIC. 0

Anexo (3): Lista de las intervenciones vinculadas al duelo y la desesperanza de la ATIC. 0

Anexo (4): Lista de las intervenciones vinculadas al sufrimiento espiritual de la NIC. 0

Anexo (5): Lista de las intervenciones vinculadas al sufrimiento espiritual de la ATIC. 0

Anexo (6): La carta de la Dra. Juvé con la lista de intervenciones para el sufrimiento espiritual.

- 3- Investigar la opinión de varios expertos árabes acerca de estas definiciones e intervenciones.
- 4- Describir el efecto que produce el uso de un idioma no materno en los registros enfermeros sobre la expresión precisa del proceso de enfermería.

Los objetivos 3 y 4 han sido abordados en la fase empírica, a través de las entrevistas semiestructuradas y el método Delphi.

- 5- Proponer una posible versión de los lenguajes enfermeros adaptada a las necesidades de los pacientes y el personal de enfermería en el mundo árabe.

Los resultados del estudio y las conclusiones pueden formar la base de una nueva línea de investigación para llegar a elaborar una versión completa de un lenguaje enfermero adaptado a la cultura árabe.

## **8.2 Fase Metodológica:**

Esta fase está basada en la fase conceptual, y guiada por los objetivos marcados, es la fase preparatoria para tener el proyecto de investigación listo para su realización.

La fase metodológica de este estudio está formada por 3 componentes, elección del diseño de la investigación, definición de los participantes y elección de las herramientas de recogida y análisis de datos.

8.2.1 El diseño de la investigación: Un estudio cualitativo interpretativo exploratorio transversal con opinión de expertos mediante la entrevista a profundidad semiestructurada y el método Delphi.

8.2.2 La muestra de la investigación:

Definición de los participantes del estudio: Enfermeros nativos árabes que trabajan actualmente en un país árabe.

8.2.3 Elección de las herramientas de recogida y análisis de datos: La recogida de datos se realiza a través de entrevistas en profundidad y el método Delphi; y el análisis de las entrevistas se realizó a través del “*Framework method*” y para los cuestionarios la herramienta “*Monkey survey*”, las hojas de Excel y las tablas cruzadas.

## **8.3 Fase empírica: (Recogida de datos)**

La recogida de datos se realizó en dos fases, la primera con entrevistas en profundidad, y la segunda con el método Delphi de dos rondas de cuestionarios.

8.3.1. Entrevista en profundidad

Tipo de entrevista: una entrevista en profundidad, semiestructurada, inicial, exploratoria y de diagnóstico.

Justificación: consideramos las entrevistas realizadas un apoyo diagnóstico al problema de investigación y una herramienta para explorar la opinión de unos expertos en los temas principales abordados en este estudio.

Anotación: es un proceso continuo a lo largo del proceso de preparación, planificación, realización y análisis de las entrevistas.

La anotación se realizó siguiendo la clasificación de Schatzman y Strauss que se basa en un sistema dividido en tres tipos de notas durante el proceso:

- 1- Metodológica: se trata del registro de todas las notas e ideas relacionadas con la fase de planificación, preparación y realización de las entrevistas.
- 2- Teórica: todas las notas relacionadas con el proceso de tratamiento de la información, incluida la reflexión propia del investigado sobre la información recibida.
- 3- Descriptiva: Incluye las notas de los resultados, la discusión y las conclusiones.

#### Anotación metodológica

Los expertos: se decidió contactar con los directores/as de enfermería, por ser la referencia hospitalaria para los temas de enfermería, y los que pueden tener toda la información relacionada con los registros de enfermería y el uso de los lenguajes enfermeros.

Los criterios de inclusión fueron, ser nativo árabe y ocupar el puesto de director de enfermería en un país árabe.

Los hospitales: los criterios de inclusión eran, hospital privado y ubicados en la capital Amán; los hospitales públicos han sido excluidos por la complejidad del proceso de aprobación de la participación en los proyectos de investigación.

La decisión de contar solamente con los hospitales ubicados en Amán se debió al tiempo limitado del viaje, que impidió desplazamientos largos dentro del país.

País elegido: la elección fue realizar las entrevistas en Jordania, el país de origen de la investigadora, donde mejor conoce la dinámica de la gente, la ubicación de los hospitales, los medios de transporte y el sistema sanitario. Lo cual permite hacer el máximo número posible de entrevistas en el tiempo limitado del viaje.

El tiempo total del viaje a Jordania: se realizó un viaje a Jordania de una duración total de 15 días con el motivo de concertar citas con los directores de enfermería.

Modo de registro: todas las entrevistas han sido grabadas en dos aparatos de grabación distintos con el permiso verbal de cada sujeto, además de las notas apuntadas

manualmente por la investigadora, especialmente de la comunicación no verbal y las ideas surgidas durante la entrevista.

Idioma de la entrevista: las entrevistas se realizaron en árabe, con un uso limitado del inglés para explicar unos términos y conceptos que parecían confusos y poco claros al traducirlos al árabe.

Tiempo previsto de la entrevista: la investigadora calculaba necesitar entre 30 y 45 minutos, y la media de tiempo de las entrevistas era de 29 minutos, siendo la más corta 20 minutos y la más larga 57 minutos.

El proceso de elaboración de la entrevista: la entrevista ha sido elaborada para abordar los temas principales de la investigación y para acercarnos a la realidad en el mundo árabe.

La entrevista es semiestructurada, con unas preguntas principales preparadas, la mayoría de ellas abiertas, lo cual permitió modificar y añadir preguntas dependiendo de las contestaciones de los entrevistados, los temas de interés que abordaron y las ideas que surgieron durante la entrevista.

Temas generales abordados en la entrevista: la pregunta de la investigación pone en duda la validez de los lenguajes enfermeros internacionales en relación con los aspectos culturales; y sospecha de un efecto negativo del uso de un idioma no materno en los estudios de enfermería.

Partiendo de estas bases se generó un esquema con categorías, cada una aborda un tema en cuestión con una serie de preguntas.

#### 1- Los lenguajes de enfermería

El objetivo de esta categoría es explorar la opinión de los expertos sobre el uso de los lenguajes enfermeros en su lugar de trabajo y su valoración de su utilidad y eficacia.

Las preguntas planteadas en esta categoría eran las siguientes:

¿Usan algún lenguaje de enfermería como herramienta para la aplicación del proceso de enfermería?

- Si /cuál

- No/cuál es el lenguaje que utiliza el personal de enfermería en los registros (¿utilizaran el lenguaje natural?)

¿Está resultando fácil para el personal de enfermería utilizarlo?

- Si / Cumple con las necesidades y refleja lo que realmente quieren registrar.
- No /Por qué

¿Qué dificultades/limitaciones se observan?

¿Cuál es el idioma que se utiliza en los registros?

¿Cuál es el nivel de inglés de los enfermeros?

¿El nivel del inglés puede afectar la precisión en los registros?

¿Cuál es su opinión sobre el tema de registrar en un idioma que no sea el idioma materno de los enfermeros y los pacientes?

¿Qué cambios necesitan los lenguajes enfermeros internacionales para que se consideren una herramienta eficaz durante todo el proceso de enfermería?

## 2- Los sistemas de registro

Las preguntas de esta categoría están orientadas a conocer los tipos de registro de enfermería y cuáles son las ventajas e inconvenientes de cada uno.

Las preguntas planteadas en esta categoría fueran los siguientes:

¿Usan un sistema de registro manual o informatizado?

- Si es Informatizado; cómo se llama, como ha sido desarrollado, en qué está basado (en los lenguajes enfermeros o no), y cuáles son las ventajas, desventajas y limitaciones de este sistema.
- Si es Manual; cómo lo valoran, cuáles son sus ventajas, desventajas y limitaciones, y qué planes de mejora tienen en el futuro.

¿Es importante tener un sistema de registro bien desarrollado?

¿Cuáles serán las características de un sistema de registro unificado eficaz y eficiente?

¿Cuál es el idioma utilizado en los registros de enfermería?

### 3- El árabe como idioma de comunicación y registro

Hemos planteado unas preguntas para esta categoría con el ánimo de explorar en qué niveles de comunicación está presente el árabe y el efecto del uso de los segundos idiomas en distintos niveles de interacción.

Las preguntas presentadas eran las siguientes:

¿Con qué frecuencia utilizan el árabe durante la jornada laboral y de qué manera?

¿Disponen de alguna traducción de los lenguajes enfermeros al árabe y si será útil disponer de una?

¿Se encuentran con la necesidad de utilizar algún diccionario médico inglés-árabe para facilitar la formación a los pacientes y sus familias?

¿Resultará útil para la práctica diaria una versión de un lenguaje enfermero modificada y adaptada al mundo árabe? ¿Por qué razón?

¿Cuál es el nivel de inglés de los enfermeros?

### 4- La opinión de estos expertos sobre la definición de los diagnósticos elegidos y las intervenciones vinculadas a dichos diagnósticos

Hemos enseñado dos definiciones de cada diagnóstico; uno es la definición de la NANDA y el otro es de la ATIC, sin que los participantes sepan cuál es cual, y pedimos que indiquen cuál de las dos les parece más correcta y completa.

De igual manera les hemos enseñado dos listas de intervención, cada una corresponde a uno de los dos lenguajes y les pedimos que indiquen cuál de las dos es la más completa.

Durante la fase conceptual y en especial en la traducción de los diagnósticos al árabe nos hemos encontrado con muchas dificultades para elegir la palabra árabe precisa y correcta para el duelo, hemos consultado diccionarios, expertos en la filología árabe, y hemos abierto una discusión informal en los medios de comunicación en Internet para explorar cuales son las palabras que utiliza la gente para el duelo, y nos resultaron interesantes algunas palabras utilizadas; por eso decidimos pedir a los entrevistados traducir los tres diagnósticos al árabe, por un lado para confirmar la palabra árabe

elegida por el investigador, y por otro para explorar el nivel de dificultad a la hora de traducir al árabe.

El proceso de comunicación con los expertos: en primer lugar, se ha realizado una búsqueda en internet para hacer una lista de los hospitales privados ubicados en Amman, junto con los números de teléfono relevantes y las direcciones de correo electrónico y el nombre del director/ directora de enfermería de cada hospital. En segundo lugar, hemos filtrado estos hospitales, y hemos descartado los hospitales de servicios muy limitados, los que no anunciaban sus datos de contacto en internet y los que no tenían página web que permite conocer los servicios prestados en dichos hospitales. La lista final resultó tener 16 hospitales y un hospicio. En tercer lugar, hemos preparado un plan de acción temporal, sujeto a modificación según el resultado del primer paso que consta de una primera llamada telefónica exploratoria.

**Primer contacto:** hemos contactado por teléfono con los 16 hospitales y el hospicio, para intentar hablar directamente con los directores/as, o en su caso darnos a conocer el protocolo a seguir. (Tabla 3)

**Tabla 3:** Los centros contactados- primer contacto

Nombre del centro	Especialidad
<i>King Hussein Cancer Center</i>	Oncología y hematología
<i>Al- Khalidi Hospital</i>	General
<i>Al-Arabi Medical center</i>	Cirugía cardíaca y general
<i>Ebin Al-Haitham Hospital</i>	Cirugía
<i>The Jordan Hospital</i>	General
<i>The Especiality Hospital</i>	General
<i>Amman Al-Jirahi</i>	General
<i>Al-Estishari Hospital</i>	General
<i>Alisra Hospital</i>	General
<i>Al-Estiklal Hospital</i>	General
<i>Al-Islami Hospital</i>	General
<i>Al-Shmisani Hospital</i>	General
<i>Filadilfia Hospital</i>	General
<i>Lozmela Hospital</i>	General
<i>Palestine Hospital</i>	General
<i>Tlaa Al Ali Hospital</i>	General
<i>Al- Malath Hospice</i>	Paliativos a domicilio

**Resultados del primer contacto:**

Tras el primer contacto por teléfono, hemos conseguido diez citas con las secretarías de los directores/as de enfermería en nueve hospitales y un hospicio. (Tabla 4)



**Tabla 4:** Lista de los centros con primera cita concertada

El nombre del centro	Especialidad
<i>King Hussein Cancer Center</i>	Oncología y hematología
<i>Al- Khalidi Hospital</i>	General
<i>Al-Arabi Medical center</i>	Cirugía cardíaca y general
<i>Ebin Al-Haitham Hospital</i>	Cirugía
<i>The Jordan Hospital</i>	General
<i>The Especiality Hospital</i>	General
<i>Amman Al-Jirahi</i>	General
<i>Al-Estiklal Hospital</i>	General
<i>Al-Islami Hospital</i>	General
<i>Al- Malath Hospice</i>	Paliativos a domicilio

En cuanto al resto de los hospitales:

- En cinco de ellos no ha sido posible hablar con el director de enfermería a pesar de los repetidos intentos,
- La directora de uno de los centros no disponía de tiempo para realizar la entrevista
- Con el último hemos estimado que no disponemos de tiempo suficiente para completar el proceso de aprobación y llegar a hacer la entrevista debido a su ubicación que dificultaba trasladarse hasta allí tantas veces como exigía su protocolo.

**Segundo contacto:** hemos acudido a la primera cita en los diez hospitales mencionados anteriormente; esta cita tuvo lugar en los despachos de las secretarías de los directores/as de enfermería, con el objetivo de explicar el motivo de la entrevista, presentar los documentos requeridos:

- Currículo del investigador. Anexo (7)

- Carta oficial de la Universidad firmada por los dos tutores que acredita al investigador como autor de este estudio y como alumno del grado de Doctorado en la Universidad Complutense de Madrid. Anexo (8)
- Carta de presentación con un resumen del trabajo y una explicación del motivo de la entrevista y ejemplos de las preguntas. Anexos (9)

Hemos acordado con ellas esperar su llamada con la resolución de nuestra solicitud para realizar a la entrevista.

#### Resultados del segundo contacto:

De los diez hospitales nos contestaron positivamente ocho hospitales. (Tabla 5)

**Tabla 5:** Lista de hospitales con una segunda cita concertada

El nombre del centro	Especialidad
<i>Al- Khalidi Hospital</i>	General
<i>Al-Arabi Medical center</i>	Cirugía cardíaca y general
<i>Ebin Al-Haitham Hospital</i>	Cirugía
<i>The Jordan Hospital</i>	General
<i>The Especiality Hospital</i>	General
<i>Amman Al-Jirahi</i>	General
<i>Al-Islami Hospital</i>	General
<i>Al- Malath Hospice</i>	Paliativos a domicilio

Uno de los hospitales nos mandó la negación de la solicitud por correo por la agenda completa de la directora de enfermería, y el otro hospital no nos ha vuelto a contestar a pesar de dos llamadas de seguimiento que hemos realizado.

**Tercer contacto:** la segunda cita se hizo con los directores de enfermería como una charla informal sin grabar para explicar más el tema de investigación y aclarar el motivo de la entrevista, y para programar el día y la hora de la entrevista.

### Resultados del tercer contacto:

Hemos tenido ocho segundas citas de los cuales hemos programado 6 entrevistas presenciales, (Tabla 6) y dos para realizar vía videoconferencia el mes siguiente por limitación del tiempo de los dos directores. (Tabla 7)

**Tabla 6:** Lista de los hospitales con cita presencial concertada

El nombre del centro	Especialidad	Directora de enfermería
<i>Al-Arabi Medical center</i>	Cirugía cardíaca general	Obadah kafaween
<i>Ebin Al-Haitham Hospital</i>	Cirugía	Muhamed Hammad
<i>The Jordan Hospital</i>	General	Nadia Shaheen y Reem Bustami
<i>Amman Al-Jirahi</i>	General	Asmahan Masharqah
<i>Al-Islami Hospital</i>	General	Muhamed Subhi
<i>Al- Malath Hospice</i>	Paliativos a domicilio	Ghadeer Barhoumah

**Tabla 7:** Lista de los hospitales con cita vía Skype concertada

El nombre del centro	Especialidad	Directora de enfermería
<i>Al- Khalidi Hospital</i>	General	Moznah el Tamimi
<i>The Especiality Hospital</i>	General	*

\*Protegido el nombre del director de enfermería, por falta de su consentimiento previo para el uso de su nombre en este estudio.

**Cuarto contacto:** el cuarto y último encuentro se utilizó para realizar la entrevista.

Todas las entrevistas presenciales previstas han sido realizadas, y de las concertadas para hacer por Skype conseguimos una, y la otra no ha sido posible llevarla a cabo por falta de tiempo del director de enfermería.

Todas las entrevistas tuvieron lugar en el lugar de trabajo de los directores, menos la realizada por Skype.

## **Limitaciones**

- El tiempo: El viaje a Jordania fue de 15 días, un tiempo muy limitado para poder contactar con más hospitales, teniendo en cuenta que cada entrevista requería muchas llamadas telefónicas y tres visitas al hospital.
- El permiso para hacer la entrevista: Cada hospital tiene su propio protocolo para permitir a sus empleados participar en una investigación; algunos eran complicados y requirieron más tiempo del que disponíamos.
- La fecha del viaje: la investigadora solo tenía la posibilidad de viajar en agosto por motivos laborales; el mes de agosto es un mes de alta temporada de turismo terapéutico en Jordania y los directores tenían la agenda muy ocupada; este factor redujo nuestra posibilidad de conseguir entrevistas. Además, el mes de agosto es uno de los meses del año con más densidad de población en la capital Amán por la vuelta del verano de los nacionales expatriados, lo que causa retrasos importantes en los traslados debido a los atascos.
- El árabe como idioma de comunicación: Durante las entrevistas hemos tenido que traducir algunos conceptos y frases al inglés para acercarnos lo más posible al significado de cada uno. Esta limitación es una de las consecuencias de un sistema educativo que utiliza el inglés como idioma principal de enseñanza en las facultades de enfermería en Jordania.
- El factor ambiente: La mayoría de las entrevistas han sido realizadas en el propio hospital, y en dos ocasiones hemos tenido que interrumpir la entrevista por urgencias que requerían la asistencia del director de enfermería.

**Anotación teórica**: procesar y analizar los datos.

Para procesar y analizar los datos hemos utilizado las tres etapas de la “*Framework method*”.

Primera etapa: La transcripción

Todas las entrevistas han sido escuchadas y pasadas a documentos Word en árabe y traducidas al español.

Hemos asignado un número a cada entrevista y las líneas de cada texto han sido también numeradas.

#### Segunda etapa: Familiarización

Los audios y transcripciones en ambos idiomas han sido revisados tres veces.

#### Tercera etapa: La constitución de los datos

Este proceso tiene como objetivo tratar, resumir y agrupar la información obtenida para dejarla perfectamente preparada para el análisis y la comparación; y se lleva a cabo con los siguientes pasos:

##### 1. La clasificación y fragmentación de la información

Se trata de revisar cada transcripción varias veces y detectar y subrayar todas las frases o palabras que proporcionan información relevante; de tal manera que les pueda integrar en un sistema manipulable.

Al final de este paso los textos han sido divididos en varios fragmentos.

##### 2. La codificación de los fragmentos

Hemos dado un código a cada fragmento, cada código se refiere a un elemento de información, y cada vez que se detecta un fragmento en una entrevista relativo a este elemento se le asigna el mismo código, seguido de una numeración que se refiere al número de la entrevista.

##### 3- Desarrollo de un marco analítico de trabajo

Se trata en esta etapa de la categorización de la información codificada y su análisis.

Los elementos de información han sido revisados y estudiados con el objetivo de generar categorías principales y específicas.

Dado que la entrevista es semiestructurada, la mayoría de las categorías estaban predeterminadas, y otras pocas surgieron en las entrevistas.

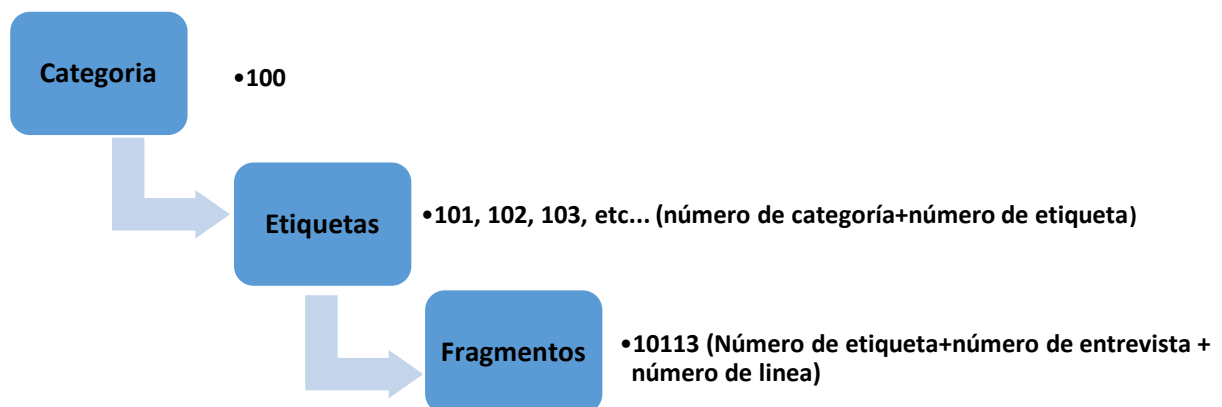
Acto seguido, los elementos de información relacionados han sido agrupados bajo la misma categoría principal, ya la categoría ha sido definida.

Cada elemento de información formaba una categoría específica y tenía su etiqueta.

Se asignó un código numérico a cada categoría principal que formaba luego la primera parte del código de la categoría específica, seguida con el número de etiqueta de cada categoría específica.

Finalmente, cada fragmento ha sido situado bajo la categoría específica correspondiente y codificado con el número de la categoría principal, la etiqueta, el número de la entrevista y el número de la línea donde se encuentra en la transcripción. (Figura 3)

**Figura 3:** Sistema de codificación



#### Resultados de la anotación teórica

- Número de entrevistas: 7
- Número de categorías detectadas: 9 categorías con un número de etiquetas distinto en cada categoría. (Tabla 8)

**Tabla 8:** Categorías y etiquetas detectadas

<b>Categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Etiqueta</b>	<b>Código</b>
<b>Datos básicos de la entrevista</b>	100	Tipo de dispositivo sanitario	101
		País	102
		Puesto de trabajo del entrevistado	103
<b>Lenguajes enfermeros</b>	200	Uso de los lenguajes enfermeros	201
		Valor de una copia de los lenguajes enfermeros en árabe	202
		Valor de una copia de los lenguajes enfermos modificada y adaptada a la cultura árabe	203
		Limitaciones en el uso del NNN	204
		Raíz de las limitaciones del uso del NNN	205
		Disponibilidad de una copia del NNN en árabe	206
		Valor de los estudios relacionados con los lenguajes enfermeros	207
		Medidas para fomentar el uso de los lenguajes enfermeros	208
<b>Sistemas de registro de enfermería</b>	300	Tipo de registro de enfermería	301
		Visión futura del registro de enfermería	302
		Valor de un sistema de registro unificado	303
		Valoración del sistema actual	304
		valor legal del registro de enfermería	305
<b>Idiomas de comunicación y documentación</b>	400	Idioma de comunicación	401
		Idioma de documentación	402
		Valor de un diccionario de términos médicos árabe	403

		Nivel de inglés de los enfermeros árabes	404
		Necesidad de formación en el idioma inglés	405
		Lagunas en la comunicación y la documentación relacionada con los idiomas	406
		Valor de un registro de enfermería en árabe	407
		Medidas para conseguir registrar en árabe	408
		Dificultad de traducir al árabe	409
		Raíz del problema de nivel del inglés	410
		Medidas para mejorar la comunicación y la documentación	411
		Uso del lenguaje natural en la comunicación y la documentación	412
		El valor de una asignatura universitaria de términos médicos en árabe	413
<b>Traducción de los tres diagnósticos sujetos del estudio</b>	500	Traducción de “sufrimiento espiritual”	501
		Traducción de “duelo”	502
		Traducción de “desesperanza”	503
<b>Definición de los tres diagnósticos sujetos del estudio</b>	600	Definición de “duelo”	601
		Definición de “sufrimiento espiritual”	602
		Definición de “desesperanza”	603
<b>Intervenciones de los tres diagnósticos sujetos del estudio</b>	700	Intervenciones para el duelo y la desesperanza	701
		Intervenciones para el sufrimiento espiritual	702
<b>Aspectos culturales</b>	800	El origen de los pacientes	801
		Aspectos culturales destacados	802
<b>Nivel de conocimiento sobre el tema</b>	900	Nivel de conocimiento sobre el tema de investigación	901



## **Anotación descriptiva**

### **1. Generar un matriz**

Hemos generado un Manualmente matriz para cada categoría, que nos muestra todas las entrevistas con sus códigos bajo cada etiqueta.

Ejemplo:

Categoría X: Datos básicos de la entrevista

Nº de entrevista	Código X1	CódigoX2	CódigoX3
	Tipo de dispositivo sanitario	País	Puesto de trabajo
1	X11+ número de línea		
2			
3			
4			
5			
6			
7			

### **2. Interpretación de los datos (generar *memos*)**

En esta etapa establecemos conexiones entre los participantes y las categorías; conducida por los objetivos originales del estudio y los nuevos conceptos generados de manera inductiva.

Hemos generado un memo para cada categoría.

#### **Ejemplo del modelo de los memos:**

**Memo:** “el nombre de la categoría”

**Definición:**

**Etiquetas de los códigos:**

Resumen de cada etiqueta (en todas las entrevistas), refiriendo a cada uno con su código numérico y a veces con las palabras exactas del participante.

Anexo (10): tabla de todos los códigos

### 3. Resultados

#### Perfil de los participantes:

- Todas las entrevistas tuvieron lugar en Jordania-Amman, con nativos árabes que trabajan en hospitales privados.
- Cinco de los entrevistados eran directores/as de enfermería y dos subdirectores/as de enfermería delegados por el director de enfermería para hacer la entrevista.
- Cuatro de los participantes trabajan en hospitales generales, dos en hospitales quirúrgicos y uno en una organización no gubernamental (ONG) de cuidados paliativos a domicilio.

#### Los lenguajes enfermeros:

- Los siete participantes confirmaron el uso del NNN.
- Cinco de los participantes confirmaron la importancia de una copia del NNN en árabe, y dos no han contestado a esta pregunta.
- Los cinco participantes que contestaron a la pregunta sobre el valor de una copia del NNN modificada y adaptada a la cultura árabe confirmaron la utilidad y la importancia de tal adaptación.
- Todos los participantes manifestaron algún tipo de limitación en el uso del NNN.
- Tres participantes confirmaron no disponer de una copia del NNN en árabe ni tener conciencia de que existiera tal traducción, y el resto de los participantes no han contestado a esta pregunta.
- En cuanto al valor de los estudios relacionados con los lenguajes enfermeros, los cuatro participantes que abordaron el tema los consideran de gran importancia y una necesidad.
- Uno de los participantes argumentó medidas convenientes para fomentar el uso de los lenguajes enfermeros.

#### Los registros de enfermería:

- Los registros de enfermería en los siete dispositivos son manuales.

- Tres de ellos tienen en marcha proyectos para cambiar a sistemas informatizados, los cuales serán en inglés, basados en el NNN y propios del hospital; los otros cuatro no tienen previsto tener un sistema informatizado, pero lo desean mucho y reconocen su importancia.
- Todos los participantes consideran que los registros actuales son de mala calidad y que consumen mucho tiempo.
- Tres de los cuatro participantes que contestaron a esta pregunta estaban de acuerdo en que a pesar de la mala calidad de el registro de enfermería se considere una prueba valida en un juicio, mientras uno opinaba lo contrario.

#### Los idiomas de comunicación y documentación:

- El idioma de comunicación interprofesional y con los pacientes en los siete lugares de trabajo es el árabe, dos de ellos mencionaron que el árabe está mezclado con el inglés para los términos médicos.
- El idioma de los registros de enfermería en los siete lugares de trabajo es el inglés, con un uso limitado del árabe para registrar las palabras exactas del paciente que no son capaces de traducir al inglés, como lo confirman dos de los participantes y en los informes de incidentes laborales según uno de los participantes.
- Uno de los participantes considera el uso del inglés secundario.
- Según cinco de los participantes, un diccionario de términos médicos en árabe es necesario, pero no disponen de uno. Los otros dos participantes no lo consideran necesario.
- Los seis participantes que contestaron a la pregunta sobre el nivel del inglés de los enfermeros/as confirman que el nivel general es malo.
- Los seis participantes que argumentaron las posibles lagunas de comunicación y documentación relacionadas con los idiomas expresaron preocupación por la falta de competencias lingüísticas y su efecto en la calidad de los registros.
- Los participantes estaban divididos en su opinión en cuanto a tener un registro de enfermería en árabe, tres de los cinco que han contestado a esta pregunta

mostraron actitud positiva hacia la idea, pero con mucha precaución, los otros dos tenían claro su disfuncionalidad.

#### Traducción de los diagnósticos al árabe:

- La traducción al árabe de “sufrimiento espiritual” de cinco de los participantes es igual a la traducción del investigador “al Mo’anat al Rauhiya- المعاناة الروحية”, uno de los participantes dudaba entre esta traducción y la traducción “al Mo’anat al Nafsiya- المعاناة النفسية”, y el último la tradujo como “al-Mo’anat al Nafsiya- المعاناة النفسية”.
- La traducción final al árabe de “duelo” de cuatro de los participantes es una palabra que significa tristeza (al Hozn- الحزن).

Dos de los participantes no estaban del todo seguros y eligieron palabras que no se acercan nada al significado de “duelo”.

Solo uno de los participantes lo tradujo como “al Asaa- الأسى”, y coincide con la traducción de la autora de este trabajo, que significa “pena profunda”.

- La traducción al árabe de “desesperanza” de cuatro de los participantes es una de las dos palabras elegidas por el investigador “Foqdan al Aamal- فقدان الأمل” y los demás eligieron la otra que es al Ya’s- اليأس”, las dos palabras significan desesperanza en español.

#### Definición de los diagnósticos:

- Cuatro de los participantes eligieron la definición del duelo de la NANDA y tres la de la ATIC.
- Seis participantes eligieron la definición del sufrimiento espiritual de la ATIC y uno la de la NANDA.
- Cinco participantes eligieron la definición de la desesperanza de la ATIC y dos la de la NANDA.

#### Las intervenciones vinculadas a los diagnósticos del estudio:

- Seis de los participantes eligieron la lista de intervenciones para el duelo y la desesperanza de la ATIC y uno la de la NIC.

- Cinco participantes eligieron la lista de intervenciones para el sufrimiento espiritual de la ATIC y dos la de la NIC.

#### Aspectos culturales:

- Casi todos los pacientes en los lugares de trabajo de los participantes son árabes.
- La religión, la muerte, la privacidad, el concepto del dolor y el sufrimiento, la higiene, el género y la expresión de las emociones son los aspectos culturales más relevantes en el cuidado de la salud.

#### El nivel de conocimiento de los participantes sobre el tema

- La mayoría de los participantes estaban bien formados y mostraron mucho interés en compartir sus conocimientos.
- Algunos participantes no tenían claro qué son los lenguajes enfermeros.
- La mayoría de los participantes mostraron frustración con la situación actual en su hospital y agradecieron iniciativas como esta investigación que puede provocar un cambio en un futuro cercano.

### 4. Discusión

#### Los lenguajes enfermeros:

A pesar de que el NNN es el lenguaje utilizado en todos lugares de trabajo de los entrevistados, su uso no es formal ni tampoco unificado en todo el hospital, solo tres de los participantes confirman un uso unificado en todo el hospital, mientras el resto manifiestan un uso caótico y selectivo, uno de los participantes confirma que su uso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es formal y sistemática pero en las plantas del hospital no lo es; además, dos los participantes confirman que su uso se limita en muchos casos a los diagnósticos, y de ellos solo los reales relacionados con síntomas físicos, sin ningún tipo de vinculación con las intervenciones, es decir, no se utiliza para desarrollar el plan de cuidados de enfermería.

**“No son capaces de escoger diagnósticos psicológicos o espirituales, incluso en un ingreso por este motivo”.**

La comprensión de su importancia no parece ser completa, el participante número seis describe el uso de las intervenciones y los diagnósticos con estas palabras: **“las**

**intervenciones “escribo lo que hago yo”, y “de los Diagnósticos, lo que recordamos de la NANDA”.** Esta descripción de su uso carece de los componentes de un proceso.

En un estudio realizado para explorar el conocimiento y el uso de la metodología enfermera entre 453 enfermeros/as en Chile, los resultados mostraron que el nivel de conocimiento de los participantes no supera el 50% en ninguno de los aspectos de conocimiento explorados, que el 73% refiere no aplicar la NIC y NOC en la práctica y que el 46,7% considera que su formación en metodología enfermera no ha sido suficiente para su aplicación en la práctica. (165)

Todos los participantes mostraron frustración relacionada con las limitaciones del NNN al que se enfrentan; cuatro de los participantes confirman que el NNN consume mucho tiempo; pensamos que eso puede ser causa de la estructura, la naturaleza y el contexto de este lenguaje y también a su uso en registros manuales.

Uno de los participantes menciona una limitación relacionada con la cultura y la falta de respeto a la profesión de enfermería, y considera que integrar los diagnósticos de enfermería en las comunicaciones con los pacientes es difícil y no lo van a aceptar ni respetar.

Nos llama especialmente la atención su comentario sobre el tema **“La mentalidad de la gente en nuestra cultura y la falta de respeto a la profesión hace imposible hablarles de diagnósticos, .... es imposible”.**

Este participante opina que el bajo estatus de la profesión no permite introducir los diagnósticos de enfermería en la práctica, y que es imposible que sean aceptados por los pacientes; por un parte su comentario coincide con los estudios que confirman el bajo estatus de la profesión de enfermería en Oriente Medio, (Al-Mahmoud; Mullan y Spurgeon),<sup>(26)</sup> ( Azim y Islam),<sup>(32)</sup> (Eman, Cowman y Edgar),<sup>(37)</sup> (Fullerto y Sukkary),<sup>(46)</sup> (Al-Jarallah, Moussa, Hakeem and Al-Khanfar).<sup>(44)</sup>

Por otra parte, carece de comprensión de la función de los diagnósticos de enfermería y de sus aplicaciones.

La falta de comprensión del NNN de parte de los enfermeros parece ser un problema común y serio; según los participantes los enfermeros no están convencidos de su utilidad ni están cómodos, utilizándolo. **“No están cómodos”, “No es muy práctica”, “No están convencidos”, “Me encuentro con enfermeros que no entienden los diagnósticos”.**

Los directores confirman que este problema está afectando a la calidad del cuidado y la de los registros que para ellos no reflejan el trabajo diario de los enfermeros. **“No la documentación correctamente”. “No refleja el trabajo diario”, “Registro erróneo por falta de comprensión”.**

Según los participantes el NNN es un lenguaje difícil de utilizar y las limitaciones en su uso se deben a múltiples factores, entre ellas:

- Requiere mucho tiempo a la hora de registrar.
- Es muy general y no aborda temas específicos.
- Necesita ser adaptado a las necesidades culturales.
- Está en inglés.

**“Difícil de utilizar”, “No es adecuado para nuestra cultura y hay cosas que no son aplicables en nuestro entorno”, “Necesita modificación”, “Hay que modificar las intervenciones sobre todo”, “Es muy general y no cubre áreas específicas”.**

Revisando los comentarios relacionados con las limitaciones del uso del NNN nos llama la atención algunos de ellos que una vez más indican falta de comprensión de la utilidad y aplicación de los lenguajes enfermeros;

**“Al tener un (*checklist*) es sencillo”:** este participante considera el uso del NNN sencillo por tener una lista que permite a los enfermeros elegir. Esta herramienta puede facilitar su uso y ahorrar tiempo; sin embargo, es solo un paso en el proceso que se debe seguir para generar un plan de cuidado; su uso correcto requiere habilidades de pensamiento crítico y capacidad de vincular los diagnósticos con las intervenciones y los resultados.

**“Nuestros pacientes necesitan seguimiento más que plan de cuidados”:** lo que indica este comentario es una confusión clara sobre la utilidad de los lenguajes enfermeros, de hecho, con esta desvinculación del seguimiento de los pacientes del plan de cuidado va mas allá y rompe totalmente con el concepto de un proceso de enfermería al que consideramos uno de los pasos más importantes que ha dado la profesión hacia su independencia.

**“No tengo problema”:** el único participante que ha confirmado no tener problemas a la hora de utilizar el NNN, es el mismo que he explicado que su uso se limita a lo que recuerdan de los diagnósticos de enfermería sin vinculo ninguno a las intervenciones

porque solo registran las actividades que hacen en su lenguaje natural, por lo tanto, no la consideramos una opinión válida, dado que su uso del NNN tampoco es un uso válido.

**“No me paré a pensarlo antes”:** consideramos que la exploración de las limitaciones del uso de los lenguajes enfermeros es de gran importancia, sin ella no se puede valorar su utilidad, ni tampoco se puede modificar para mejorar el sistema.

En cuanto a las causas de la limitación del uso del NNN, solo un participante abordó el tema, explicando que nunca ha dedicado a investigar, pero los enfermeros la vinculan a la falta de tiempo y a la carga del trabajo, pero él no las considera razones admisibles y cree que está relacionada con la necesidad de modificar el NNN, a la falta de una versión en árabe y al no disponer de un registro de enfermería informatizado.

Este mismo participante comentó que el apoyo de los líderes y una perspectiva común ayudarán a fomentar el uso de los lenguajes enfermeros de manera sistemática y estandarizada.

Los participantes declaran no tener conocimiento de la existencia de una versión del NNN en árabe, lo cual coincide con el resultado de la búsqueda previa realizada por la investigadora.

La idea de tener una versión en árabe y sus posibles efectos en la práctica no resultó un tema fácil para los participantes, tenían muchas dudas por la falta de experiencia con el uso de recursos en árabe. **“Algo que nunca hemos probado”.**

Al tomar tiempo para pensarlo las opiniones han sido positivas:

**“Será útil”, “Muy importante”.**

Los participantes creen que una versión del NNN en árabe es más fácil de entender, facilita la comunicación con los pacientes y el registro de las notas de enfermería, y permite tener un registro más preciso y un plan de cuidados más completo.

**“Puede que con esto consigamos un plan de cuidado comprensible y un registro más preciso y evitemos registrar algo erróneo y la falta de comprensión”. “Facilita la comunicación con el paciente para explicar los términos médicos y el plan de cuidado”. “Así podemos tener un sistema unificado de referencia”. “Nos acercamos a tener un registro estándar y fácil de entender”. “El paciente recibe cuidado estándar”, “Nos acercamos más a las necesidades culturales especiales”, “Será**



**referencia para comunicarse correctamente con el paciente y registrar todo correctamente”.**

Uno de los participantes opina que para su uso en los registros informatizados es muy complicado. **“Meterlo en el sistema será muy difícil”.**

Uno de los participantes llamó la atención a que el uso de una versión en árabe y su implementación en los hospitales necesita mucho apoyo de los directivos.

En relación con la importancia de la modificación y adaptación de los lenguajes enfermeros, los participantes opinan que es muy necesario modificar los recursos internacionales y adaptarlos a la cultura árabe, incluido el NNN.

**“Será útil”, “Muy importante”, “Hace falta modificar los recursos internacionales”, “Tendrá un porcentaje de aceptación muy alto”.**

Los participantes confirmaron que una versión adaptada del NNN que tenga en consideración las necesidades culturales permitiría tener un registro unificado, estándar de referencia, preciso y fácil de entender, y posibilitaría además comunicarnos correctamente con los pacientes y facilitarles unos cuidados estándar y culturalmente orientados, además de proporcionarnos más autoridad como enfermeros.

**“Así podemos tener un sistema unificado de referencia”, “Nos acercamos a tener un registro estándar y fácil de entender”, “El paciente recibe cuidado estándar”, “Nos acercamos más a las necesidades culturales especiales”, “Nos da más autoridad”, “Será referencia para comunicar correctamente con el paciente y registrar todo correctamente”.**

Los estudios relacionados con los lenguajes enfermeros, la adaptación cultural y el tema de investigación resultaron muy interesantes para los participantes y los consideraron muy útiles para abrir la mente y cambiar la perspectiva sobre la profesión de enfermería.

**“Es muy bonito el tema de esta investigación”, “Me gustaría saber el resultado de esta investigación”, “Muy contenta que alguien aborde este tema, no hay estudios parecidos”, “Abren la mente y cambian la perspectiva sobre la profesión de enfermería”.**

Los estudios relacionados con los lenguajes enfermeros, la adaptación cultural y el tema de investigación resultaron muy interesantes para los participantes y los consideraron muy útiles para abrir la mente y cambiar la perspectiva sobre la profesión de enfermería.

**“Los libros en árabe son frustrantes, traducción mala, incompleta, incorrecta y a la vez con perspectiva limitada”.**

La falta de estudios relacionados con el uso de los lenguajes enfermeros en el mundo árabe nos impide comparar este resultado con otros estudios. Pensamos que la ausencia de un uso formal y estandarizado puede ser la razón por la cual este tema no ha sido abordado en trabajos de investigación, es decir, es un tema que en el momento carece de importancia en los países árabes.

A nivel internacional, muchos estudios han abordado el tema y han confirmado la preponderancia del uso del lenguaje NNN en la mayoría de los países y han puesto en evidencia la existencia de barreras para la aplicación de los lenguajes enfermeros en la práctica, las cuales provocan la limitación de su uso en muchas instalaciones sanitarias en todo el mundo.

Un estudio realizado para explorar el conocimiento y el uso de los lenguajes enfermeros entre los alumnos de enfermería en el Centro Federal Médico de Nigeria, en el cual participaron 250 enfermeros/as, mostró que éstos tienen escaso conocimiento sobre los lenguajes enfermeros, y que mayormente están familiarizados con la NANDA. <sup>(166)</sup>

La misma observación ha sido confirmada en otros estudios como los de: Gusen (2016), Olaogun (2011) y Thede (2011). <sup>(166)</sup>

En cuanto a las limitaciones del uso de los lenguajes enfermeros, este mismo estudio confirma que los principales retos relacionados con el uso de los lenguajes enfermeros identificados por los participantes eran: el bajo conocimiento sobre los lenguajes, la falta de recursos y servicios básicos, unas políticas malas y pobres, una formación continua ineficiente y la falta de recursos humanos. <sup>(166)</sup>

Un artículo de la autora Reina confirma que el deficiente uso del proceso de atención de enfermería se debe a la falta de un sistema de registro estandarizado, la falta de tiempo para registrar, la sobrecarga de trabajo, la dedicación a la administración de los medicamentos, la pereza, la rutina, la falta de interés en aplicar el proceso, la falta de conocimiento sobre el mismo y la deficiente preparación recibida en la universidad. <sup>(165,167)</sup>

Otro estudio sobre las actitudes del profesional de enfermería de atención primaria en Salamanca y las barreras percibidas por él respecto a la metodología enfermera confirma “la actitud positiva hacia la metodología enfermera como método de identificación y documentación del trabajo realizado por los enfermeros/as, pero su utilización sigue siendo escasa. Las principales barreras a su implantación son: “la falta de un registro electrónico adecuado, la complejidad de los lenguajes estandarizados, la falta de formación a todos los niveles y la ausencia de elementos motivadores y de reconocimiento”. (168)

Una investigación realizada en Chile con el objetivo de determinar los factores que se relacionan con el uso del proceso y terminologías clínicas enfermeros, con una muestra de 3.000 enfermeros/as, destaca algunas de las causas de la falta de uso del proceso de enfermería, entre ellas: “no contar con registro estandarizado (70,7%), sobrecarga laboral (36,2%), falta de tiempo (25,9%), falta de interés de los directivos”. (169)

#### Los registros de enfermería:

Los registros de enfermería en los siete lugares de trabajo son manuales, tres de ellos tienen en marcha un proyecto para convertirlo a un sistema informatizado basado en el NNN, propio del hospital y en inglés, porque no es viable en árabe ahora mismo.

Este resultado está en la misma línea que la de otros estudios sobre la situación actual de los sistemas electrónicos de salud en Oriente Medio.

Los estudios confirman que los sistemas electrónicos han sido introducidos en los países árabes hace mucho tiempo, pero su uso sigue siendo limitado, y muchos hospitales siguen funcionando con registros manuales. (137)

Uno de los participantes confirma que el sistema informatizado se basará en las mismas listas que tienen ahora en papel, pero no podía confirmar si las listas en papel están basadas en el NNN. Con su consentimiento, la autora de este estudio revisó los formularios de enfermería en el hospital y puede confirmar que están basados en el NNN.

En cuanto a su valoración del sistema manual utilizado actualmente en su lugar de trabajo, los participantes muestran frustración por la mala calidad de la documentación, las notas ilegibles y el excesivo tiempo que requiere.

**“Consume mucho tiempo”, “Documentación de mala calidad”, “No lo estamos haciendo bien”, “Consta de notas breves”, “A veces no entendemos lo que está escrito”.**

Todos los participantes desean tener un sistema informatizado unificado, y creen que ello facilita el registro de las actividades, garantiza la seguridad del paciente, mejora la calidad del cuidado y la documentación, permite la gestión de tiempo y reduce la cantidad de información no registrada.

**“Mejora la calidad de los cuidados y la documentación”, “Mejora la gestión del tiempo (ahorro de tiempo)”, “Reduce la cantidad de información no registrada”  
“Más fácil y seguro”, “Difícil de modificar o manipular”.**

El participante 7 opina que falta mejorar el nivel de inglés y de informática de los enfermeros antes de pensar en pasar a un sistema informatizado.

Las ventajas de un sistema informatizado mencionadas por los participantes están en línea con las confirmados en la literatura.

Los estudios confirman que los sistemas de documentación manual no reflejan el cuidado de enfermería prestado ni la perspectiva del paciente, y que, aunque los sistemas electrónicos tienen sus desventajas como el consumo de tiempo, están mejor estructurados y son más precisos. (142)

Uno de los cuatro participantes que contestaron a la pregunta sobre el valor legal de la nota de enfermería cree que no se considera prueba válida en un juicio, mientras que los otros tres opinan lo contrario; aunque ellos mismos las consideran poco fiables por la falta de información, interacciones y acciones no registradas, y por lo tanto no son un reflejo preciso de la realidad.

**“No las tienen en cuenta en un juicio”, “Piden todo tipo de documentación, incluidas las notas de enfermería”, “En la mayoría de los casos la realidad no está reflejada”, “Las interacciones con el resto del equipo no están documentadas”, “No las considero fiables”, “Tienen en cuenta que no registramos en el idioma materno”, “Normalmente está todo escrito, pero mal escrito”.**

No hemos encontrado información fiable sobre el valor legal del registro de enfermería; además, hay escasa información sobre la legislación sanitaria en los países árabes.

### Idiomas de comunicación y documentación:

El idioma de comunicación interprofesional y con los pacientes en los siete lugares de trabajo es el árabe, combinado con el inglés para los términos médicos; uno de los participantes comenta que intentan traducir los términos médicos al árabe para los pacientes.

Al mismo tiempo el idioma de los registros de enfermería es el inglés en los siete lugares de trabajo, a excepción de las palabras exactas del paciente que no se pueden traducir del árabe y los informes de incidencias laborales de quienes prefieren expresarse en árabe, como confirman dos de los participantes.

Estos resultados coinciden con los datos de estudios anteriores que confirman el uso del inglés para la comunicación interprofesional en los hospitales de los países árabes.

Trumulty (2001) explica que el idioma oficial en los hospitales de Oriente Medio es el inglés, <sup>(25)</sup> y Simpson et al. (2006) confirma también que el idioma oficial en el sector sanitario es el inglés. <sup>(24)</sup>

Uno de los participantes confirma que el uso del inglés es secundario, a pesar de ser el idioma de los estudios de enfermería y de los registros de enfermería en su lugar de trabajo, pero no nos facilitó mas información sobre cómo han conseguido las habilidades necesarias para comunicar los términos médicos en árabe a los pacientes ni si han hecho algún tipo de encuesta que valore la satisfacción de enfermeros y pacientes.

Según la opinión de cinco de los participantes, un diccionario inglés- árabe estándar de los términos médicos es muy necesario para unificar los términos en árabe, y dejar de utilizar el lenguaje natural no profesional.

**“Utilizan palabras coloquiales no profesionales cuando intentan traducir un término médico al árabe”.<sup>2</sup> “Una terminología unificada mantiene el nivel profesional alto”,<sup>2</sup> “Uso traducciones automáticos de Internet, pero no son exactas”.**

Nos llama la atención el comentario de uno de estos participantes; **“Los enfermeros están acostumbrados a los términos más utilizados y los traducen al árabe”.**

Este participante confirma la necesidad de un diccionario, pero se conforma con esta realidad; creemos que el conocimiento de los términos más utilizados no es suficiente y

incluso puede ser utilizado fuera de contexto afectando sin duda la calidad del servicio y poniendo en riesgo la salud de los pacientes.

Dos de los participantes opinan que no es necesario un diccionario en árabe, y uno de ellos confirma que un diccionario de términos médicos inglés-inglés es suficiente.

Creemos que la opinión opuesta a la necesidad de tener un diccionario árabe carece de conciencia de la gravedad del problema del nivel de inglés de los enfermeros, confirmada mas adelante por los participantes.

Esta opinión se debe posiblemente a la falta de un sistema de auditoría interna para descubrir carencias y errores causados por esta convención, o quizá a la actitud conformista que indican algunos comentarios.

El nivel de inglés de los enfermeros es muy bajo; los participantes confirman que los enfermeros entienden lo que escuchan, pero hablan mal, que el nivel de los recién graduados es cada vez peor, que les falta interés en dominar el idioma y que tienen faltas frecuentes de ortografía y dictado.

Los participantes expresaron su frustración con el tema con comentarios como **“los resultados de los exámenes de nivel en las entrevistas de trabajo son lamentables”**, otro dice: **“Pedirles hablar en inglés en una entrevista es como pedir lo imposible”**, otro comentario llamativo **“Terminan el grado con nivel bajo y no mejoran”**, y el ultimo **“Tengo que traducir al árabe incluso para los profesionales, algunos con mucha experiencia”**.

Esta valoración del nivel de inglés coincide con los resultados de los estudios publicados.

El estudio de Trumulty (2001) mencionado anteriormente explica que, aunque el idioma oficial en los hospitales de Oriente Medio es el inglés, muchos/as enfermeros/as no dominan dicho idioma. (25)

Los resultados de los exámenes de inglés para alumnos de enseñanza secundaria en Jordania muestran que el nivel de competencia en inglés se ha deteriorado. (123)

Los universitarios en Omán siguen graduándose con un nivel bajo de inglés. (124)

Según Fareh (2010) la enseñanza del inglés como segundo idioma en los países árabes se enfrenta a muchos retos que causan el bajo nivel de dicho idioma en estos países. (126,127)

Solo uno de los participantes argumentó la raíz del problema de nivel del inglés de los enfermeros, y lo achaca a la tendencia a aumentar el número de estudiantes de enfermería a costa de la calidad, al tipo de los exámenes en las facultades de enfermería que en su mayoría son tipo elección múltiple, a la falta de personal dedicado a la formación continua en los hospitales y al nivel alto de *turn over*.

**“Hay un problema serio en la universidad, terminan con un nivel bajo y no mejoran”.**

Los estudios publicados atribuyen el nivel bajo de inglés a factores relacionados con el sistema educativo en los países árabes, a la naturaleza de la lengua materna, a la laguna entre los niveles exigidos en el instituto y la universidad, a la falta de interés y a las pocas oportunidades de interacción con nativos ingleses. (123,124,126,127)

Según los participantes existe una laguna muy seria en la comunicación y la documentación causada por la falta de terminología médica, recursos y fuentes de información en árabe. Confirman que la dependencia del idioma inglés y la falta de referencias estándar en árabe en un ambiente de trabajo donde la mayoría de los pacientes son árabes ha empujado al personal de enfermería a utilizar el lenguaje natural lo cual ha generado una lamentable realidad de registros imprecisos y llenos de errores.

**“Si, se utiliza el lenguaje natural en algunos casos, pero no resulta muy científico”.**

El nivel bajo de competencia en el idioma inglés causa falta de comprensión, lo que a su vez provoca la incapacidad de reflejar la realidad de las actividades del personal de enfermería en los registros.

Uno de los participantes confirma que muchas veces no entiende lo que está escrito en el registro, lo cual es un hándicap importante para la comunicación interprofesional y una fuente de errores.

Otro se expresa con un comentario bastante preocupante **“No confío en las notas de los enfermeros”**. Consideramos la falta de confianza en los registros de enfermería una laguna seria en la comunicación.

No hemos encontrado ningún estudio que explore la calidad de los registros de enfermería en los países árabes, pero los estudios confirman que la falta de competencias lingüísticas puede provocar baja calidad de los registros y errores graves en la documentación. (Freihat),(117) (Badrudin and Arif), (118) (Jacquemond), (121) (Allen).(114)

Los participantes destacan la dificultad de utilizar un idioma no materno, pero al mismo tiempo no tienen suficiente terminología para explicar todo en árabe al paciente.

También confirman que el árabe es un idioma muy complicado y traducir los términos médicos al árabe es muy difícil.

**“Necesitamos parar y pensar mucho tiempo antes de encontrar la palabra correcta en árabe”, “Pensando en la palabra “duelo” hace unos días, es muy difícil”, “Es súper difícil/complicado traducir al árabe”, “No tenemos terminología árabe suficiente para traducir del inglés”, “Seguro que te has encontrado con muchas dificultades para traducir la definición de la desesperanza”, “Me va a costar mucho tiempo leer la definición del sufrimiento espiritual en árabe”.**

Esto coincide con la doble dificultad mencionada anteriormente en la traducción a la que se enfrentan los países árabes en cuanto a la adaptación cultural de los recursos científicos occidentales, y la complejidad del proceso de traducción en sí.

Los participantes están de acuerdo en el hecho de que hemos ignorado totalmente la importancia del árabe a la hora de trabajar con pacientes árabes, y que muchas veces sin darnos cuenta hablamos con ellos en inglés.

Para mejorar la comunicación y la documentación, uno de los participantes opina que hacen falta cursos universitarios especiales de terminología médica y abreviaciones en inglés, lo cual nos sugiere preguntar si hay un problema de preparación también además del problema del idioma.

Otro participante piensa que hay que evitar contratar a enfermeros/as que no muestran interés en actualizarse y mejorar su nivel de inglés, generar un protocolo de revisión rutinaria de los registros y llamar la atención de los empleados sobre cualquier error de escritura.

Al preguntar por el valor de una asignatura de terminología médica en árabe a uno de los participantes, opina que es difícil calcular sus resultados, puede llevar ventajas y riesgos, pero generalmente facilitará el trabajo con los diagnósticos de enfermería y nos acercará más a la realidad.

Los participantes no estaban seguros del valor de un registro de enfermería en árabe.



Los dos que tenían actitud positiva hacia la idea, opinaron que daría mucho valor a la labor de la enfermería en el mundo árabe, mejoraría la valoración del paciente, facilitaría la comunicación con los pacientes y sus familias, definiría más aún el rol de la enfermería dentro del equipo sanitario, garantizaría documentación más precisa y permitiría proporcionar cuidado holístico al paciente.

Otros dos no están a favor y creían que sería un desastre, que no hay terminología en árabe y no se iban a entender entre ellos y que es muy difícil con tanta dependencia del inglés en la educación y en los centros sanitarios.

El ultimo participante que contestó a esta pregunta estaba a favor, pero creía que no funcionaría tal como está la organización de los estudios y el funcionamiento de los hospitales.

Las medidas sugeridas por los participantes para conseguir implementar un registro de enfermería en árabe fueran las siguientes:

- Los líderes en la profesión deben facilitar los recursos necesarios para crear una base sólida que permita la aplicación de tal registro.
- Empezar desde el principio en la universidad.
- Facilitar libros de texto y material en árabe.

#### La traducción de los diagnósticos del estudio al árabe:

La traducción de “sufrimiento espiritual” al árabe de cinco de los participantes coincide con la de la autora de este trabajo, “al-Mo’anat al-Rauhiya-المعاناة الروحية”.

Los otros dos, uno dudaba entre esta traducción y “al Mo’anat al Nafsiya-المعاناة النفسية” y el otro la tradujo como “al-Mo’anat al-Nafsiya-المعاناة النفسية”, una palabra en árabe que significa el sufrimiento psicológico.

No sabemos el origen de esta confusión, dado que la diferencia de significado entre las dos en árabe es muy clara, además de que la espiritualidad forma una parte esencial de la vida en los países árabes, aunque mezclada o dominada en muchos casos por la religión.

La traducción de “duelo” por parte de cinco de los participantes fue “al Hozn-الحزن”, una palabra en árabe que significa tristeza. Uno de ellos no sabía qué significa la palabra duelo, y al explicarlo opinó que la traducción correcta es “Hozn-الحزن”.

Mientras que la tristeza es un sentimiento, el duelo es un proceso que puede conllevar muchos otros sentimientos y cambios en el comportamiento y en el estilo de vida. La tristeza no es más que una manifestación del duelo, por lo tanto, consideramos que la palabra elegida por los participantes es inadecuada para describir el duelo.

Al mismo tiempo somos conscientes de que es un concepto nuevo y de que muchos lo desconocen dentro del ambiente de la sanidad y fuera de él, y su traducción al árabe ha sido un proceso complicado y difícil para la autora de este trabajo.

Solo uno de los participantes coincidió con la traducción de la autora, aunque no es una casualidad que era el participante que por su especialidad trabajaba mucho con este diagnóstico.

“Al Asaa-الأسى” es la traducción elegida por la autora de este trabajo, es una palabra que en su significado lleva mucha información: sentirse triste por la pérdida de algo o alguien hasta un límite que puede provocar cambios en tu vida y tu manera de ver el mundo, es un estado de ánimo permanente y nunca desaparece del todo.

En cuanto a las otras palabras elegidas, no tienen nada en común con el significado del duelo, más que un posible acercamiento en algunos contextos al significado del desastre emocional.

“Al Hotam-الحطام” por ejemplo, viene a significar en español según el diccionario de árabe culto moderno de Julio Cortés, ruinas, trozos, fragmentos, restos, escombros o naufragio. (170)

El participio pasivo de esta palabra es “Mohatam-محطم” y significa destrozado. Se puede concluir que “al Hotam-الحطام” no se acerca al significado del duelo, como mucho el participio puede acercarse al estado de ánimo de una persona que está padece duelo, aunque no es un sentimiento habitual en un duelo no complicado.

Mientras el significado literal de la palabra “al Walaa-الولع” es deseo ardiente, pasión o amor apasionado (171), y se ve claramente que su significado literal no tiene nada que ver con el duelo ni tampoco en su contexto lingüístico y cultural árabe, su uso se limita a un estado de sufrimiento emocional, sentimental y sensual por causa del amor perdido, prohibido o inalcanzable.

“Al Mosab-المصاب” significa literalmente herido, “Mosab Jalal-مصاب جلال” que significa herida grave o muy fuerte (esto es el significado literal), se usa en árabe para describir

además de las heridas físicas las emocionales y psicológicas; por lo tanto, la única vinculación al duelo que podemos ver es la consideración de la pérdida como una herida, pero esta descripción casi poética del duelo no lleva en la información que encierra su significado todo lo que contiene el proceso del duelo, más bien describe la pérdida misma y no su efecto.

La autora de este trabajo tenía dos traducciones posibles para la desesperanza, “al Ya’s-اليأس” y “Foqdan al Amal-فقدان الأمل”, ambos se utilizan igual en árabe sin ninguna diferencia que se puede encontrar en los diccionarios.

Cuatro de los participantes eligieron “Foqdan al Amal-فقدان الأمل”, otros dos lo tradujeron como “al ya’s-اليأس” y el último participante opinó que se refiere a casos sin cura posible, consideramos que es una traducción limitada a una situación concreta y no se puede utilizar como traducción de esta palabra para su uso general.

#### Las definiciones de los diagnósticos del estudio:

Para las definiciones de los diagnósticos del estudio hemos ofrecido dos definiciones de cada diagnóstico para elegir la más comprensiva, correcta y completa;

A: la definición de la ATIC

B: la definición de la NANDA

Los participantes no sabían a cuál de los dos lenguajes corresponde cada definición

En cuanto a la definición del duelo, 4 de los participantes eligieron la definición del duelo de la NANDA y 3 la de la ATIC.

Seis participantes eligieron la definición del sufrimiento espiritual de la ATIC y uno lo de la NANDA.

**“La “A” es más fácil de entender”, “hay que fusionar las dos definiciones”, “la “B” se acerca mas a mi concepto”.**

Cinco participantes eligieron la definición de la desesperanza de la ATIC y dos la de la NANDA.

**“Las dos se aproximan, pero si tengo que elegir elijo la “A”.**

Los resultados indican una inclinación general hacía las definiciones de la terminología ATIC a excepción de la definición del duelo.

### Las intervenciones vinculadas a los diagnósticos del estudio:

En relación con las intervenciones vinculadas a los diagnósticos del estudio, hemos ofrecidos dos listas de intervenciones para elegir la que contiene la mayoría de las intervenciones necesarias para cada diagnóstico.

A: ATIC

B: NIC

Los participantes no sabían a cuál de los dos lenguajes corresponde cada lista

Seis de los participantes eligieron la lista de intervenciones para el duelo y la desesperanza de la ATIC y uno la de la NIC.

**“La “A” es más comprensiva y más aplicable”.**

**“No sé que elegir, son muy parecidas, pero, más intensa es la “A”.**

**“La “B” parece como un intento de arreglar el problema, mientras en el duelo nuestro papel es enseñar el camino no intentar solucionar el problema”.**

Cinco participantes eligieron la lista de intervenciones para el sufrimiento espiritual de la ATIC y dos la de la NIC.

**“La “A” sin duda”.**

**“La “A” es más aplicable y aborda aspectos religiosos”.**

**“La “B” es más fácil, más cercana”.**

En las intervenciones, también hay una inclinación clara hacia las intervenciones de la terminología ATIC.

### Temas culturales:

En la fase de revisión de las entrevistas, hemos notado que los participantes destacaron algunos temas culturales propios de la cultura árabe que afectan de manera directa a aspectos de la salud y la práctica de enfermería.

Los participantes confirmaron que la mayoría de los pacientes en su lugar de trabajo son árabes, y que para prestarles atención de calidad hay que tener en cuenta las necesidades culturales.

Los aspectos culturales más destacados son los relacionados con la religión y sus rituales, la muerte y la preparación del cuerpo, la privacidad, el concepto del dolor y del sufrimiento, la higiene, el género de los enfermeros y la perspectiva de la espiritualidad.

- La espiritualidad es la religión o el destino para la mayoría de los árabes, y la fe en Dios juega un rol esencial en la superación de las dificultades de la vida incluida la enfermedad; por lo tanto, es esencial facilitar todos los recursos para que los pacientes puedan practicar sus rituales religiosos.
- Es importante enseñarles, por ejemplo, cómo cuidar una herida a la hora de lavarse para rezar, teniendo en cuenta que es una práctica que realizan los musulmanes cinco veces al día.
- Hay que dejar claro el protocolo de actuación a realizar después de la muerte, para no violar las normas culturales de la preparación del cuerpo y tener claras las diferencias entre musulmanes y cristianos árabes en este asunto.
- A los árabes les cuesta reconocer los sentimientos y más expresarlos, no se sienten libres para hacerlo.

#### El nivel de conocimiento y interés en el tema de esta investigación:

Por último, es relevante mencionar que la mayoría de los participantes mostraron mucho interés en compartir sus conocimientos sobre el tema y la situación actual en su lugar de trabajo, y sus valoraciones, como hemos mencionado anteriormente son compatibles con la información confirmada en estudios anteriores; sin embargo, algunos participantes no tenían claro qué son realmente los lenguajes enfermeros ni cuál es su funcionalidad y aplicación.

Todos los participantes mostraron frustración con la situación actual en su lugar de trabajo, y expresaron su agradecimiento por este tipo de investigación, que puede evidenciar los problemas y proponer las intervenciones necesarias para mejorar la situación.

Nos llama la atención que incluso los participantes que no eran conscientes de los problemas relacionados con el idioma, la comunicación y la falta de un proceso estándar unificado para el cuidado de enfermería, también mostraron frustración, aunque sin poder vincularlo con las causas.

## 5. Conclusiones:

1. Los participantes confirman la necesidad de la modificación y la adaptación de los lenguajes enfermeros.
2. Una versión modificada de los lenguajes de enfermería mejora la calidad del cuidado de enfermería y la de los registros de enfermería.
3. Una versión de los lenguajes enfermeros en árabe puede mejorar la comprensión, la comunicación y la documentación.
4. El nivel del inglés de los enfermeros y la falta de terminología médica en árabe dificulta una comunicación eficaz con los pacientes.
5. Se confirma la necesidad de un registro informatizado unificado basado en los lenguajes enfermeros.
6. El cambio de la situación actual requiere la involucración seria de los líderes de la profesión en los países árabes.
7. La mayoría de las elecciones de los participantes fueron a favor del lenguaje ATIC.
8. El tema de la investigación resultó muy interesante para los participantes.

### 8.3.2 El método Delphi

El método Delphi es un método de investigación cualitativa muy utilizado para conseguir el consenso de un grupo de expertos sobre un tema de investigación. Está muy recomendado para temas de investigación no abordados previamente y los que le falta apoyo en la literatura, y cuando se persigue llegar a una opinión subjetiva sobre un tema objetivo.

Según Linstone y Turoff se define como “método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo”. (172)

El proceso de este método es un proceso continuo hasta conseguir un consenso fiable de un grupo de expertos utilizando cuestionarios iterativos para confirmar una suposición o para desarrollar un marco de referencia específico. (173)

El método Delphi fue creado en Los Estados Unidos en el año cincuenta a manos de la Corporación “*Research And Development*” (RAND), y desde entonces ha sido aplicada en muchos trabajos de investigación. (173) En el ámbito de la investigación de enfermería ha sido utilizados en muchos estudios, como lo de McKenna (1994), Beech (1997), Gibson (1998), Green (1999). (174)

Su nombre “Delphi”, o “Delfos” es el nombre de un lugar en Grecia donde está situado el templo de Apolo, al que solían visitar mucha gente de todo nivel para consultar al profeta Pytho “el oráculo de Delfos”, dada su misión de darles forma a los eventos futuros. (173)

#### Fase preparatoria:

- Selección del panel de expertos

#### Cantidad:

No existe un acuerdo sobre el número correcto de expertos, y los estudios confirman que el número de expertos depende del tema de la investigación, la cantidad de perspectivas existentes sobre el tema, los recursos materiales y financieros disponibles y el nivel de conocimiento de los expertos sobre el tema. Malla y Zabala (1978) lo sitúan entre 15 y 20, León y Montero (2004) entre 10 y 30, Gordon (1994) entre 15 y 35, Landeta (2002) entre 7 y 30, Skulmoski y otros

(2007) entre 10 y 15, Hogarth (1978) entre 6 y 12, Clayton (1997) entre 5 y 10.<sup>(175,176)</sup>

Debido a las limitaciones geográficas, la situación de guerra en muchos países árabes y la extensión de los países incluidos en el estudio, hemos intentado conseguir el máximo número de participantes en la primera ronda del cuestionario, para garantizar un número de expertos relevante después del abandono en la segunda ronda.

La primera ronda ha sido cerrada con 76 cuestionarios completados y la segunda con 29.

Consideramos que el número final es una muestra suficiente para confirmar el consenso sobre el tema de la investigación de este estudio.

**Calidad:** (criterios de inclusión)

Los criterios de inclusión fueron: enfermeros/as, nativos árabes y trabajan en un dispositivo sanitario, educativo o de investigación en un país árabe.

- **Diseño del instrumento (cuestionario)**

Después de realizar las entrevistas en profundidad, planificamos dos rondas de cuestionario, pensando que pueden ser suficientes para conseguir el consenso, aunque esta planificación puede ser modificada según los resultados de la segunda ronda.

El cuestionario de la primera ronda ha sido desarrollado en base a los resultados de las entrevistas.

El cuestionario de la segunda ronda ha sido desarrollado en base de los resultados de la primera ronda.

En ambas rondas hemos utilizado la herramienta *on line* “Survey Monkey” para crear el cuestionario y lanzarlo como un enlace de Internet directo, y en la fase posterior guardar los resultados y analizarlos.

**Fase empírica (práctica):**

Para llevar a cabo esta fase hemos seguido los siguientes pasos:

- 1- Preparar el cuestionario de la primera ronda.



- 2- Informar a los expertos y lanzar el primer cuestionario.
- 3- Obtener los resultados de la 1ª ronda y realizar un análisis básico para utilizarlo en el desarrollo del cuestionario de la segunda ronda.
- 4- Preparar el cuestionario de la segunda ronda.
- 5- Lanzar el cuestionario de la 2ª ronda.
- 6- Registrar los datos

#### Preparación del cuestionario de la primera ronda

El tema de investigación resultó nuevo y muy interesante para los participantes en las entrevistas, y lo consideraron muy útil para la planificación de un registro de enfermería unificado y de alta precisión. Esta confirmación de parte de los entrevistados ha sido un apoyo fuerte para seguir con este trabajo y pasar a la siguiente fase; el cuestionario de la primera ronda.

El cuestionario ha sido desarrollado en base a los siguientes resultados de las entrevistas:

1. La necesidad de la modificación y la adaptación de los recursos y referencias de enfermería internacionales para mejorar la calidad del cuidado de enfermería y la de los registros de enfermería.
2. El NNN no es adecuado ni aplicable a nuestra cultura, necesita modificación, en particular las intervenciones.
3. El nivel del inglés de los enfermeros y la falta de terminología médica en árabe no facilita una comunicación eficaz con los pacientes.
4. La necesidad de un registro informatizado, unificado y basado en los lenguajes enfermeros.
5. El NNN es el lenguaje enfermero utilizado, pero su uso no está unificado ni es formal.
6. Existen problemas serios de documentación relacionados con la falta de comprensión del NNN.
7. El uso del NNN es difícil, es muy general, no cubre áreas específicas y consume mucho tiempo.

8. La documentación basada en el NNN no refleja el trabajo real de los enfermeros.
9. No existe una copia del NNN en árabe.
10. Una copia del NNN en árabe es muy necesaria.
11. Una copia del NNN en árabe es más fácil de entender, facilita la comunicación con los pacientes y registrar las notas de enfermería y permite tener un registro mas preciso y un plan de cuidados más completo.
12. La mayoría de los registros de enfermería son manuales
13. Las notas de enfermería se consideran prueba válida en un juicio, aunque los participantes las consideran poco fiables, porque en la mayoría de los casos no reflejan la realidad por falta de información, interacción y acciones no registradas.
14. El idioma de comunicación con los pacientes es el árabe, mezclado con el inglés para los términos médicos.
15. El idioma de los registros de enfermería es el inglés, y el árabe para las palabras exactas del paciente y los informes de incidencias.
16. El nivel de inglés de los enfermeros es muy bajo.
17. Existe una laguna en la comunicación y la documentación muy seria, causada por la falta de terminología médica en árabe, la falta de recursos y fuentes de información en árabe.
18. La traducción de la mayoría de los participantes del sufrimiento espiritual al árabe es igual a la traducción del investigador (al-Mo'anat al-Roheyah).
19. La traducción de la mayoría de los participantes de la palabra “duelo” al árabe es una palabra que significa tristeza.
20. La traducción de la mayoría de los participantes de la palabra desesperanza al árabe es una de las dos palabras elegidas por el investigador (Foqdan el Amal), aunque confirmaron que la otra palabra pensada es más correcta (el-Ya's).
21. Las elecciones de los participantes en cuanto a definiciones de los diagnósticos del estudio e intervenciones de enfermería vinculados a dichos diagnósticos fueron a favor del lenguaje ATIC.

En vista de lo anterior, hemos generado los siguientes esquemas generales para las preguntas del cuestionario; Anexo (11): cuestionario de la 1ª ronda

**1- Los datos del participante**

- País
- Edad
- Sexo
- Años de experiencia
- Puesto de trabajo actual
- Ámbito de trabajo
- Dirección de correo electrónico
- Nombre (opcional)

**2- Los lenguajes enfermeros**

- El uso de los lenguajes enfermeros
- La eficacia de los lenguajes utilizados
- Los lenguajes enfermeros y su adaptación a las necesidades culturales
- Los lenguajes enfermeros y la lengua materna (árabe)

**3- Idioma de comunicación y documentación**

- Idioma de comunicación
- Idioma de documentación
- Idioma de los estudios en las escuelas de enfermería
- Nivel del segundo idioma utilizado
- Posibles lagunas causadas por los idiomas utilizados

**4- El registro de enfermería**

- El tipo de registro
- La eficacia del registro

## **5- Los diagnósticos de enfermería del estudio**

- La traducción correcta al árabe
- La definición más completa entre dos lenguajes enfermeros

## **6- Las intervenciones de enfermería vinculadas a los diagnósticos del estudio**

El cuestionario ha sido formado por 59 preguntas y 8 paginas, con una estimación de 20-30 minutos necesarios para rellenarlo.

Hemos dejado espacio para comentarios después de cada pregunta, al final de cada sección o categoría y al final del cuestionario para comentarios generales, por eso aparece como si contase de 59 preguntas, contando cada espacio de comentarios como una pregunta.

Basándose en la información obtenida en las entrevistas que confirma que el inglés es el idioma principal de los estudios, todas las preguntas han sido presentadas en árabe e inglés excepto las de datos personales, con el motivo de evitar confusiones y mal entendidos.

Fue lanzado el 28 de febrero 2018 y cerrado el 8 de abril-, aunque era previsto cerrarlo en 10 días, bajo la petición de algunos participantes, hemos decidido dar más tiempo.

### **Informar a los expertos y lanzar el cuestionario de la primera ronda**

- Hemos realizado un primer contacto exploratorio con algunos expertos en Jordania (13), Líbano (5), Arabia Saudí (5), Catar (9), Kuwait (2), Bahreín (1), Egipto (1), Iraq (2), EAU (5) y Palestina (3) por correo y por teléfono, y han mostrado interés en participar.

Después de desarrollar el cuestionario hemos realizado un segundo contacto oficial con un resumen del trabajo y una explicación clara y detallada del rol de los participantes.

- Hemos enviado el enlace del cuestionario de la primera ronda por correo a una lista de profesionales y a través de los medios de comunicación como WhatsApp, Facebook y LinkedIn.

La comunicación por correo ha sido en dos fases, la primera acompañada de una carta de presentación, un resumen del trabajo y una carta oficial de la universidad para pedir

la participación; en la segunda fase hemos enviado el enlace del cuestionario a los que expresaron su interés en participar.

Los correos directos han sido conseguidos por los siguientes medios:

- 1- Los participantes del Congreso Internacional de Enfermería de Barcelona 2017.
- 2- Enfermeros y enfermeras conocidos durante la carrera profesional de la autora de este estudio.
- 3- Los correos públicos de los profesionales en las páginas de Internet de los hospitales y universidades.

Anexo (12): La carta de presentación enviada en la primera fase de comunicación por correo.

Anexo (13): La carta de invitación para participar enviado por correo.

#### Análisis básico de los resultados de la primera ronda:

Esta fase tiene el objetivo de extraer los primeros resultados para la preparación del cuestionario de la segunda ronda.

- 1- Todas las contestaciones con una suma de más del 70% han sido consideradas contestaciones con consenso.
  - “Lenguaje enfermero utilizado en mi lugar de trabajo”: NNN con 77,63%.
  - “Un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería”: totalmente de acuerdo 47,37% y de acuerdo 42,11% con una suma de 89,48%.
  - “Una versión de los lenguajes enfermeros en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación”: totalmente de acuerdo 32,89% y de acuerdo 49,79% con una suma de 73,68%.
  - “El idioma de comunicación con el paciente en mi lugar de trabajo es el árabe”: siempre 52,63% y casi siempre 42,11% con una suma de 94,74%.
  - “El idioma utilizado en los registros de enfermería el inglés”: con un porcentaje de 90,79%.

- “El principal idioma de los estudios en las facultades de enfermería en mi país es”: el inglés con un porcentaje de 92,11%.
- “El registro de enfermería en mi lugar de trabajo es fácil de manejar”: totalmente de acuerdo 19,74% y de acuerdo 53,95% con una suma de 73,69%.
- “El registro de enfermería en mi país se considera una prueba valida en un juicio”: totalmente de acuerdo 38,16% y de acuerdo 35,53% con una suma de 73,69%
- “Esta definición de la desesperanza es correcta y completa”: totalmente de acuerdo 14,47% y de acuerdo 67,11% con una suma de 81,58%
- “Esta definición del sufrimiento espiritual es correcta y completa”: totalmente de acuerdo 14,47% y de acuerdo 65,79% con una suma de 80,26%

2- Todas las contestaciones de las preguntas exploratorias que no necesitan consenso han sido registradas y revisadas:

- Los datos del participante
- El nivel del segundo idioma de los enfermeros es: el porcentaje mas alto era par el nivel regular con 43,42% seguido con el nivel alto con 30,26%.
- El tipo de registros de enfermería: 35,53% manuales, 56,58% informatizados y 7,89% mixto.
- La traducción correcta de sufrimiento espiritual es: al Mo’anat al Rauhiya-المعاناة الروحية. con 93,42%.
- La traducción correcta de desesperanza es: Foqdan al Amal-فقدان الأمل- 61,84% y alya’s-اليأس 38,16%

3- las siguientes preguntas aquéllas a las que les falta consenso y han formado parte del cuestionario de la segunda ronda.

- “Utilizamos los lenguajes enfermeros como herramienta para aplicar el proceso de enfermería”.

- “El lenguaje enfermero utilizado en mi lugar de trabajo es comprensible y fácil de aplicar (comprendo perfectamente el contenido de este lenguaje, y me resulta fácil relacionarlo con mis actividades diarias de enfermería y con el registro de enfermería)”.
- “El lenguaje enfermeros utilizado en mi lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes (tiene en consideración las necesidades especiales de la cultura árabe; incluidas las rituales religiosas y sociales, valores, conceptos y perspectiva de la salud y la enfermedad)”.
- “El uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería (tratando con un paciente de habla árabe, el uso del inglés o el francés para los términos médicos y en los registros puede causar problemas de entendimiento y documentación impreciso)”.
- “El registro de enfermería en mi lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los enfermeros/as (me permite registrar todas las actividades de enfermería)”.
- “La traducción correcta del duelo al árabe es”. Esta pregunta ha sido repetida porque el consenso de 71.05% se produjo por la traducción a una palabra que significa tristeza en árabe, por ello, hemos pensado que será bueno dar otra oportunidad dada la confusión en la interpretación de este concepto.
- “Esta definición del duelo es correcta y completa”.
- Elije en una escala de 1-5 el grado al que considere cada una de estas intervenciones relacionadas con el duelo y la desesperanza esencial o imprescindible.
- Elija en una escala de 1-5 el grado al que considere cada una de estas intervenciones relacionadas con el sufrimiento espiritual esencial o imprescindible.

Hemos decidido cambiar la manera de contestar a estas últimas dos preguntas porque sospechamos que en la primera ronda no han prestado atención suficiente a cada intervención y los resultados eran muy poco incluyentes.

#### Preparación del cuestionario de la segunda ronda:

El segundo cuestionario estaba formado por 11 preguntas y 17 paginas.

Anexo (14): Cuestionario de la 2ª ronda

Anexo (15): Carta de invitación para participar en la 2ª ronda del cuestionario.

Hemos pedido la dirección de correo electrónico para poder vincular los participantes de la primera ronda con los de la segunda y poder informarles del resultado de la segunda ronda.

También hemos dejado la opción de dejar el nombre como consentimiento para publicarlo en la lista de agradecimientos a los participantes en la tesis.

Este cuestionario ha sido enviado por correo electrónico a todos los participantes de la primera ronda.

Ha sido lanzado el 14 de mayo y cerrado el 16 de junio por la poca participación, enviando dos recordatorios con una semana de espacio entre ellos.

#### Fase Interpretativa (de significado):

- 1- Informe de los resultados.
- 2- Análisis, interpretación, discusión de los resultados.
- 3- Conclusiones.

Esta fase tiene como objetivo extraer los resultados estadísticos finales y prepararlos para su análisis y discusión a través de los cuales podemos llegar a las conclusiones de este trabajo de investigación.

Método de análisis estadístico: hemos utilizado hojas Excel y tablas cruzadas para la entrada de datos y el análisis estadístico.





## **9. RESULTADOS**

---



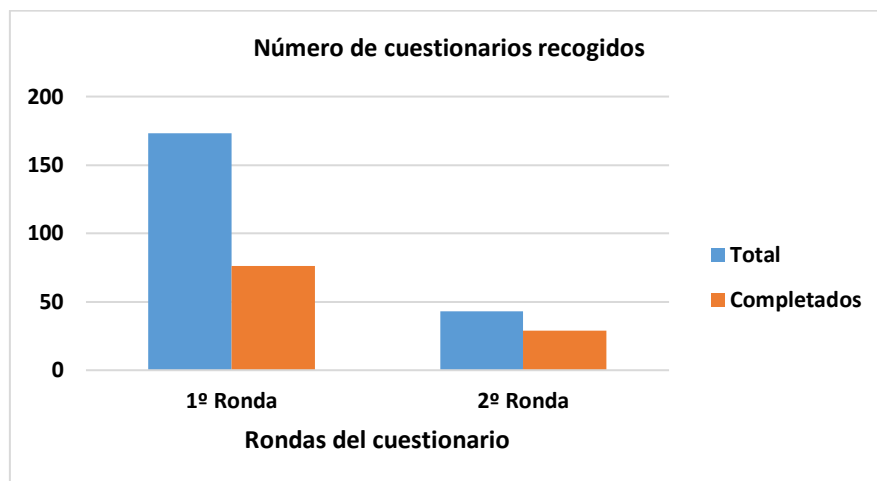
## RESULTADOS

### Instrumento y muestra:

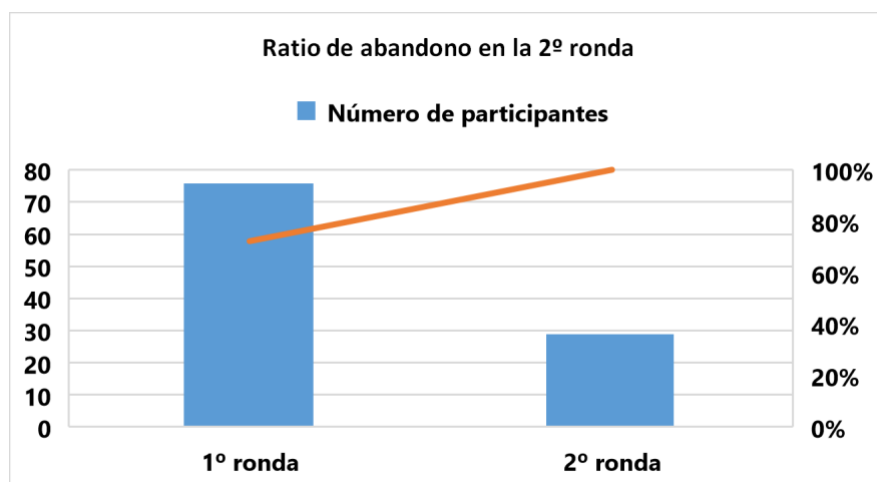
La primera ronda del cuestionario se cerró con 137 cuestionarios, de ellos solo 76 completados, con una participación completa del 55,47%; el cuestionario de la segunda ronda ha sido enviado a los 76 participantes de la primera ronda, y de ellos recibimos 43 cuestionarios con solo 29 completados (participación completa del 67,44%). (Figura 4)

El porcentaje de abandono del total de los 76 participantes de la primera ronda fue del 62%. (Figura 5)

**Figura 4:** Número de cuestionarios recibidos en ambas rondas



**Figura 5:** Ratio de abandono de los participantes de la 1ª ronda en la 2ª ronda



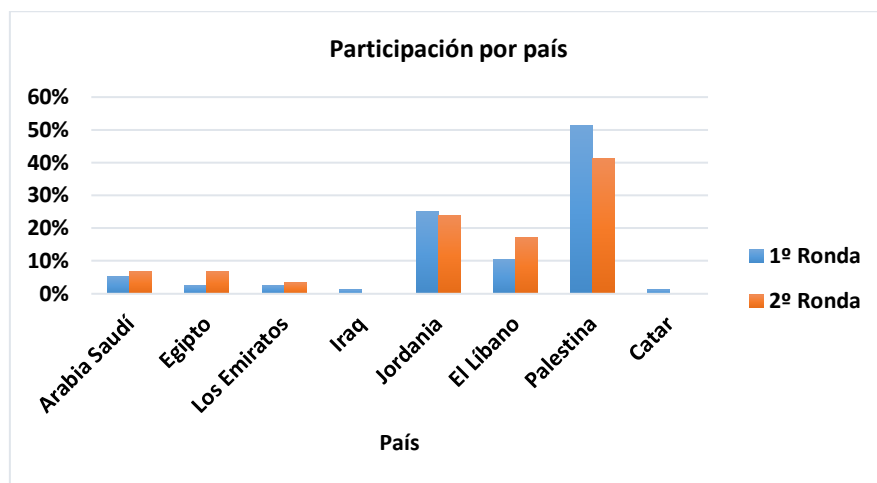
La muestra tanto en la primera ronda como en la segunda se considera suficiente; según los estudios publicados sobre el método Delphi, no hay un número correcto para el panel de expertos, y depende de los objetivos del estudio y los medios del investigador para conseguir participantes. Se recomienda que el número de expertos sea de 7 a 30. (175,176)

#### Datos del participante:

En cuanto al país, los participantes eran de Arabia Saudí, Egipto, EAU, Iraq, Jordania, Líbano, Palestina y Catar; los participantes de Catar e Iraq abandonaron en la segunda ronda.

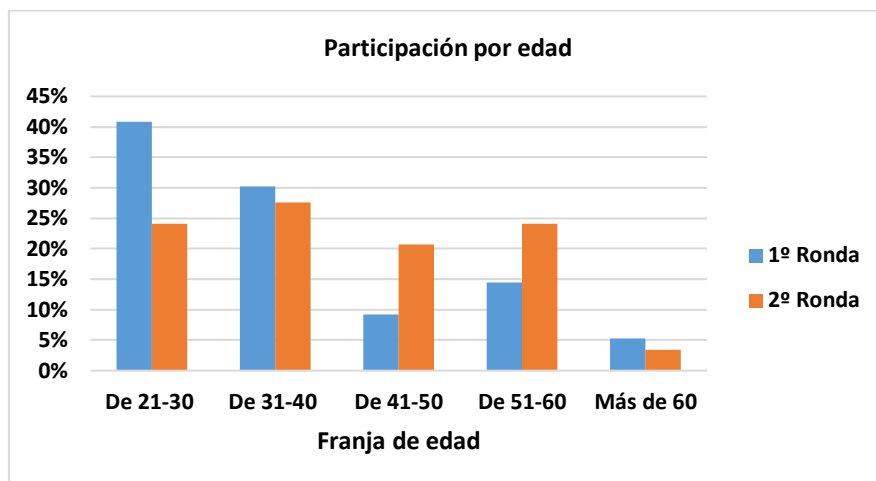
En la primera ronda el 51,32% eran de Palestina y el 25% de Jordania; en la segunda ronda el 41,38% eran de Palestina, el 24% de Jordania y el 17,24% del Líbano. (Figura 6)

**Figura 6:** Participación en los cuestionarios por país



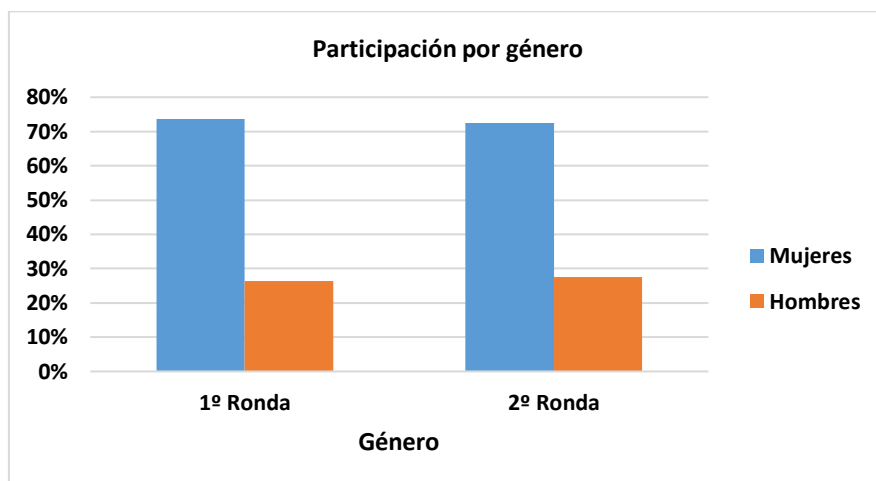
El 71,1% de los participantes de la 1ª ronda tenían entre 21 y 40 años, y en la 2ª ronda no se nota una diferencia significativa entre una franja de edad y otra, salvo para la franja de edad de más de 60 años, donde la participación fue la más baja con el 3,45%; lo cual es normal sabiendo que la participación de esta franja de edad en la 1ª ronda era de tan solo un 5,26%. (Figura 7)

**Figura 7:** Participación en los cuestionarios por edad



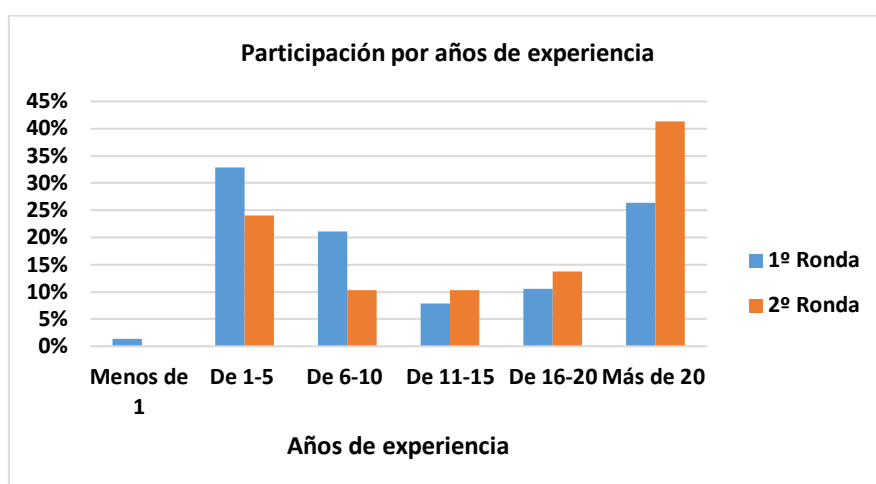
El 73,68% de los participantes de la 1ª ronda y el 72,41% de la 2ª ronda eran mujeres, (Figura 8)

**Figura 8:** Participación en los cuestionarios por género



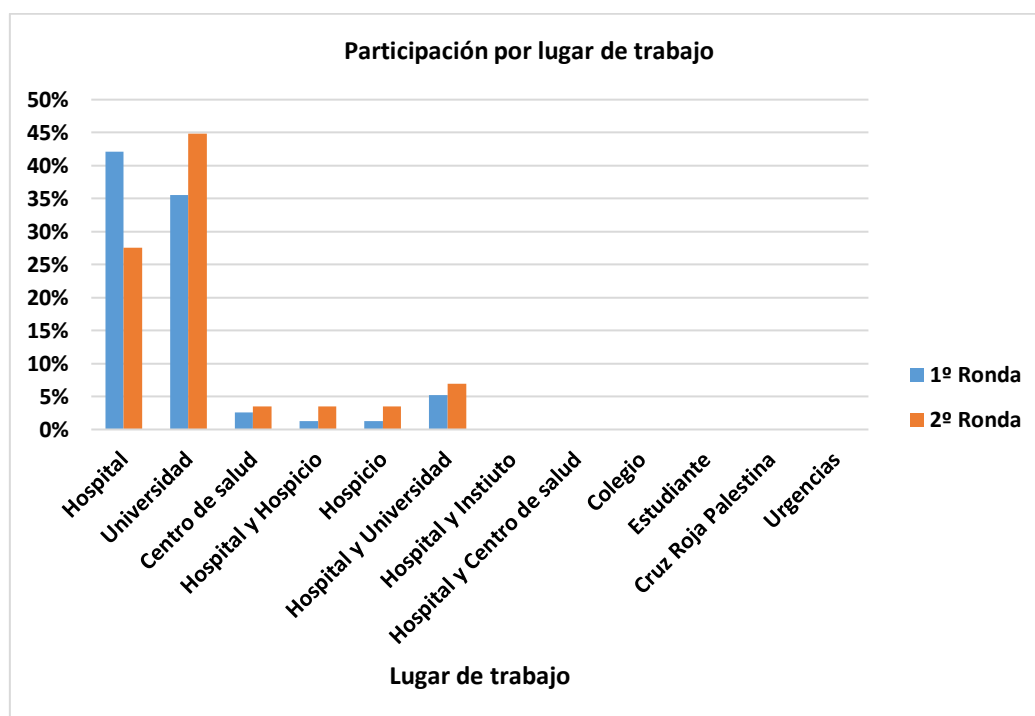
En relación con los años de experiencia, el 53,94% de los participantes de la 1ª ronda tenían entre 1y10 años de experiencia, y el 36,85% más de 16 años; en la 2ª ronda el 23,34% tiene entre 1y10 años de experiencia y el 55,17% más de 16 años. (Figura 9)

**Figura (9):** Participación en los cuestionarios por años de experiencia



Los participantes en la 1ª ronda trabajaban principalmente en hospitales y universidades, con una participación del 42,11% y del 35,53% respectivamente, y en la 2ª ronda con 27,59% y 44,83% respectivamente. (Figura 10)

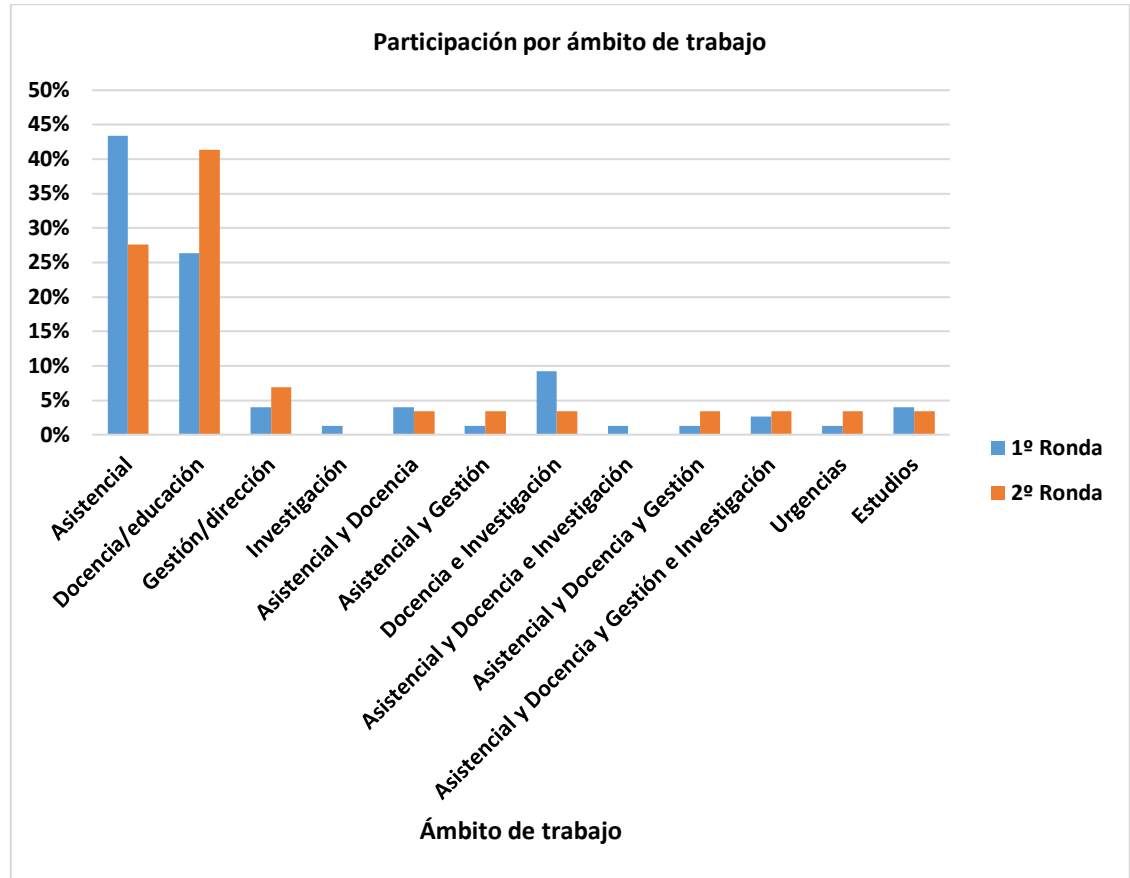
**Figura 10:** Participación en los cuestionarios por lugar de trabajo



Coincidiendo con los lugares de trabajo, los participantes ocupaban principalmente puestos de trabajo asistencial y de docencia; los puestos asistenciales en la 1ª ronda

representan el 43,42% y en la segunda el 27,59%; y los puestos de docencia el 26,32% en la 1ª ronda y el 41,38% en la segunda. (Figura 11)

**Figura 11:** Participación en los cuestionarios por ámbito de trabajo

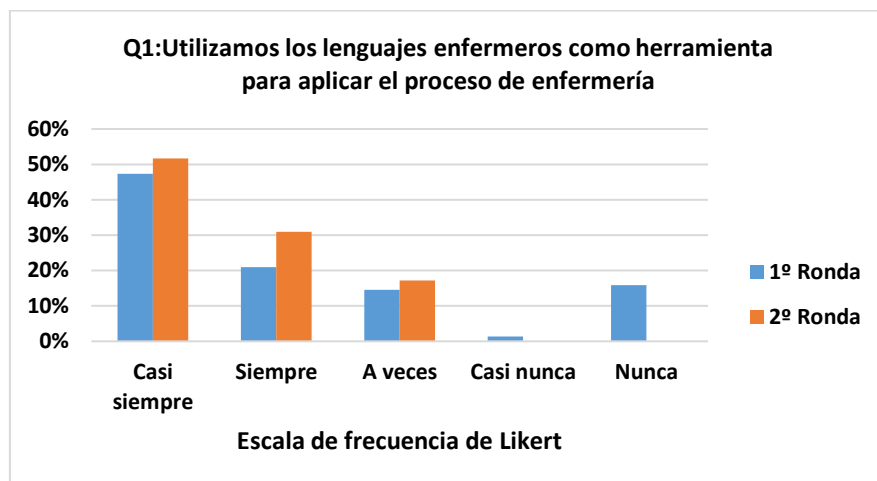


### Los lenguajes enfermeros

Al preguntar con qué frecuencia se utilizan los lenguajes enfermeros en su lugar de trabajo, el 68,42% de los participantes en la 1ª ronda contestaron “siempre” o “casi siempre”; dado que el porcentaje es inferior al 70%, la cifra predeterminada para considerar una contestación de consenso, esta pregunta ha sido incluida de nuevo en el cuestionario de la 2ª ronda, en la cual hemos conseguido el consenso con la suma del 82,75% de contestaciones “siempre” y “casi siempre”. (Figura 12)

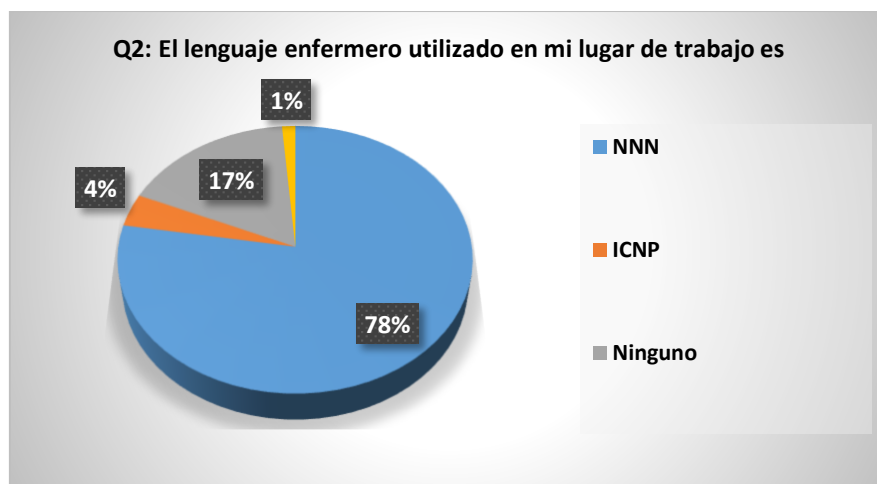


**Figura 12:** El uso de los lenguajes enfermeros en el proceso de enfermería



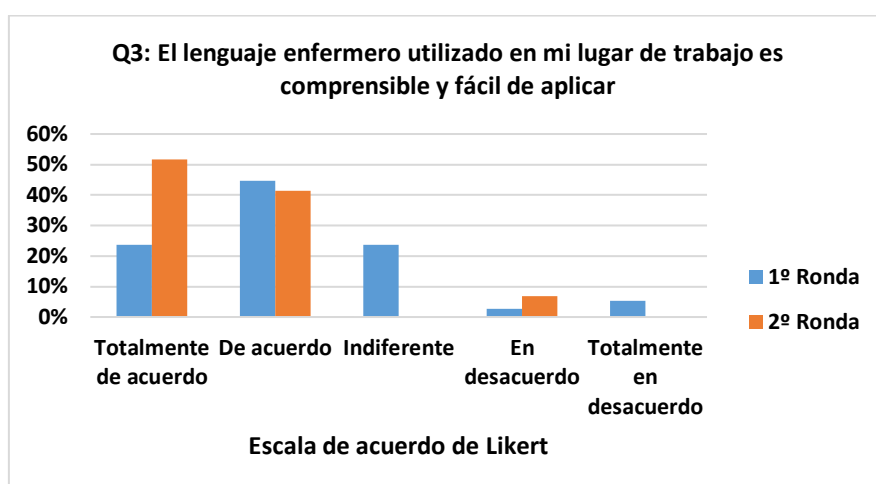
Los lenguajes enfermeros utilizados en los lugares de trabajo de los participantes son el NNN con el 77,63%, el ICNP con el 3,95% y el Modelo de Cuidado Humanístico de la Universidad de Montreal con el 1,32%. El 17,11% de los participantes no utilizan ningún lenguaje enfermero en su lugar de trabajo. (Figura 13)

**Figura 13:** Tipo de lenguajes enfermeros utilizados



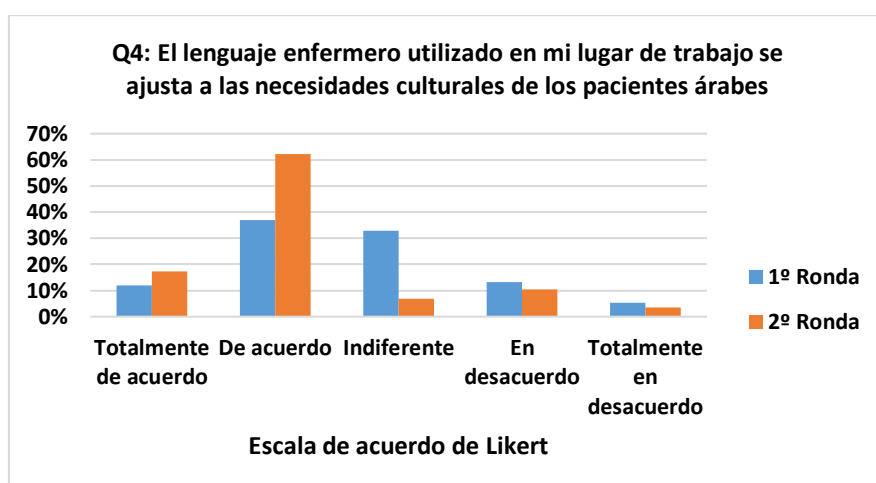
En cuanto a si el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar, no hemos conseguido un consenso en la 1ª ronda, y repetimos la pregunta en la 2ª ronda, a través del cual conseguimos un consenso del 93,10% en que si lo es. (Figura 14)

**Figura 14:** Opiniones sobre si el lenguaje utilizado es comprensible y fácil de aplicar



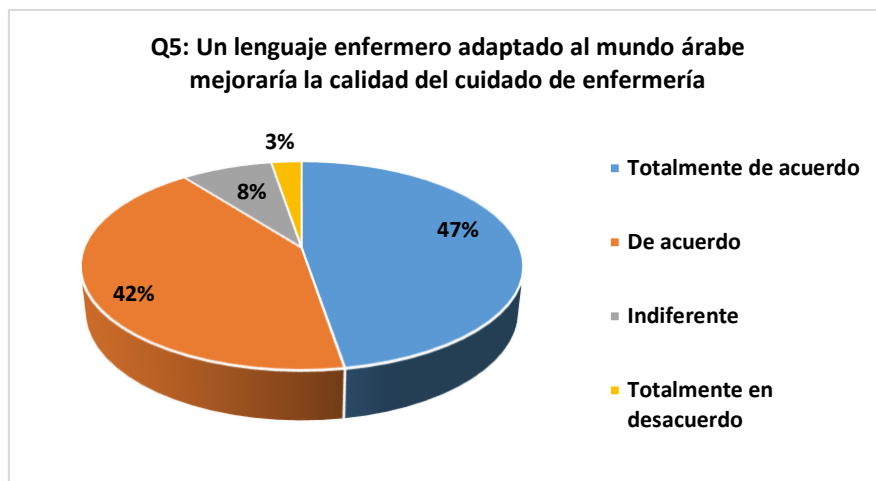
En la pregunta si el lenguaje enfermero utilizado se ajusta a las necesidades culturales del paciente árabe, no hemos conseguido un consenso en la 1ª ronda. En la 2ª ronda los participantes confirmaron que si lo es con una suma de “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” del 79,31%. (Figura 15)

**Figura 15:** Opiniones sobre si el lenguaje enfermero utilizado se ajusta a las necesidades del paciente árabe.



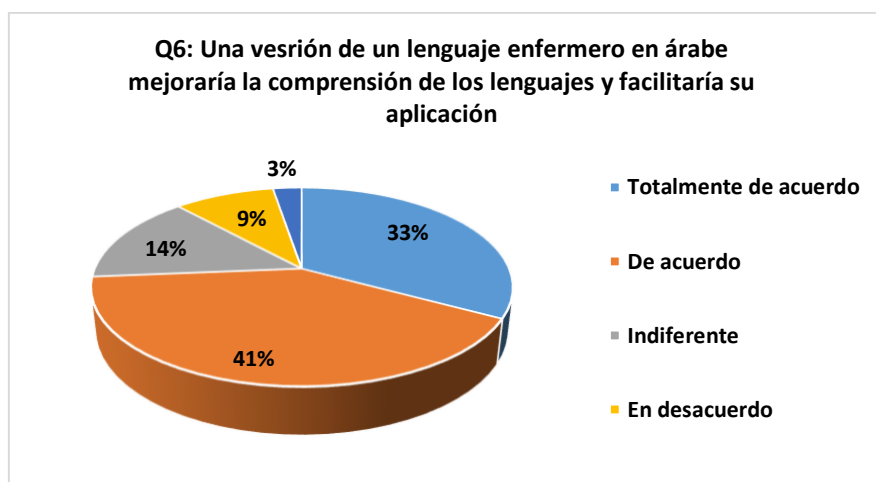
Los participantes estaban de acuerdo con que un lenguaje enfermero adaptado el mundo árabe mejorará la calidad del cuidado de enfermería con un consenso del 89,48%. (Figura 16)

**Figura 16:** Opiniones sobre si un lenguaje enfermero adaptado el mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado



Los participantes están de acuerdo en que una versión de los lenguajes enfermeros en árabe mejoraría su comprensión y facilitaría su aplicación, el consenso ha sido conseguido en la 1ª ronda con un porcentaje del 73,68%. (Figura 17)

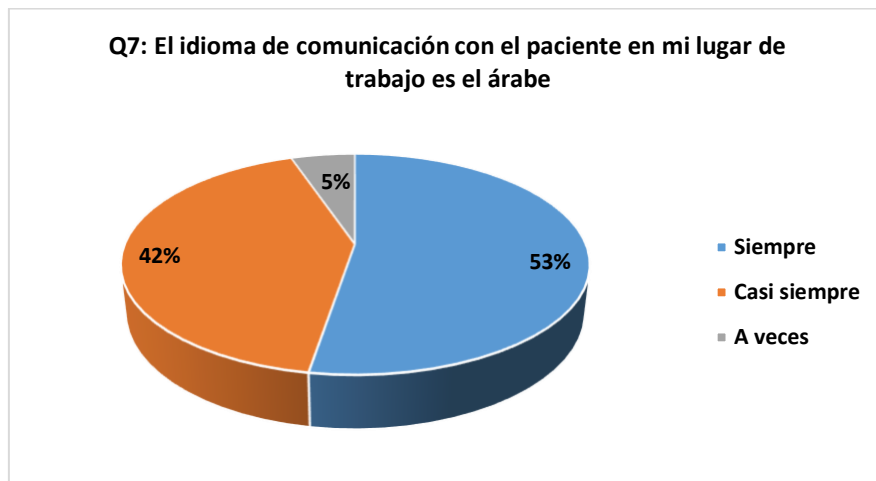
**Figura 17:** Opiniones sobre si una versión de los lenguajes enfermeros mejoraría la comprensión y facilitaría su aplicación



#### Idioma de comunicación y documentación

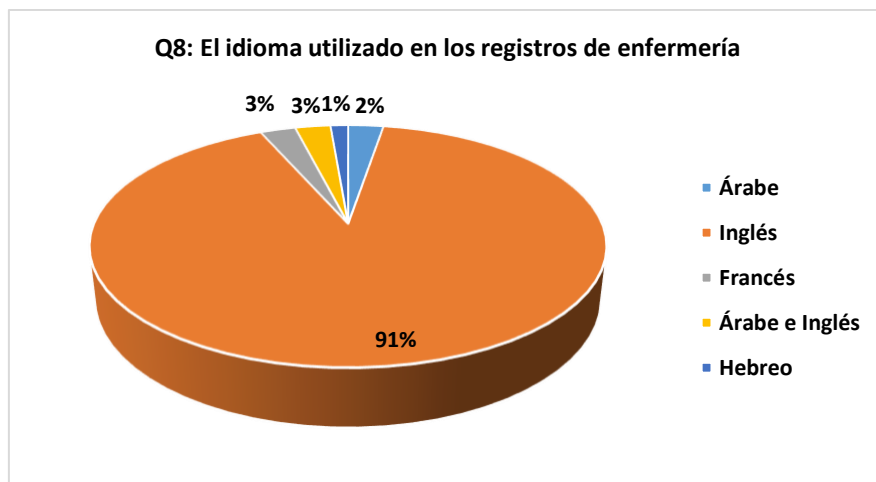
Los participantes confirman con un consenso del 94,74% que el idioma de comunicación con el paciente en su lugar de trabajo es el árabe. (Figura 18)

**Figura 18:** Idioma de comunicación con los pacientes



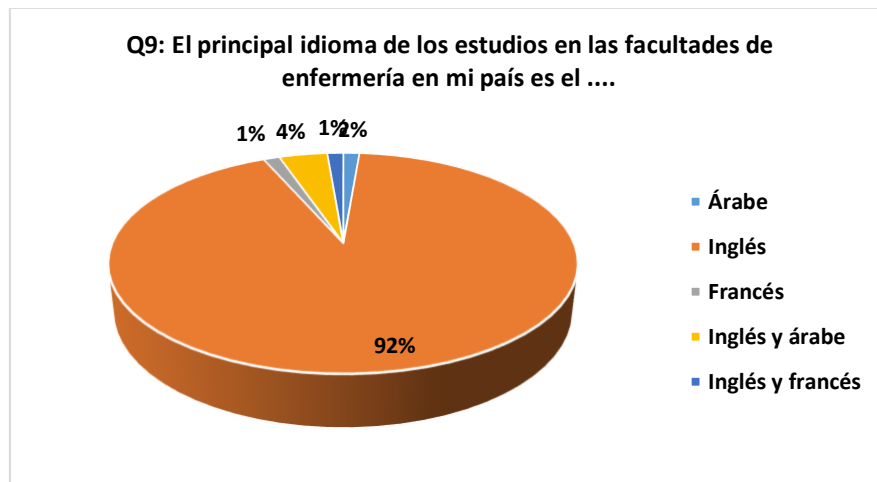
Según los participantes, y con un consenso del 90,79%, el idioma utilizado en los registros de enfermería es el inglés. (Figura 19)

**Figura 19:** Idioma de los registros de enfermería



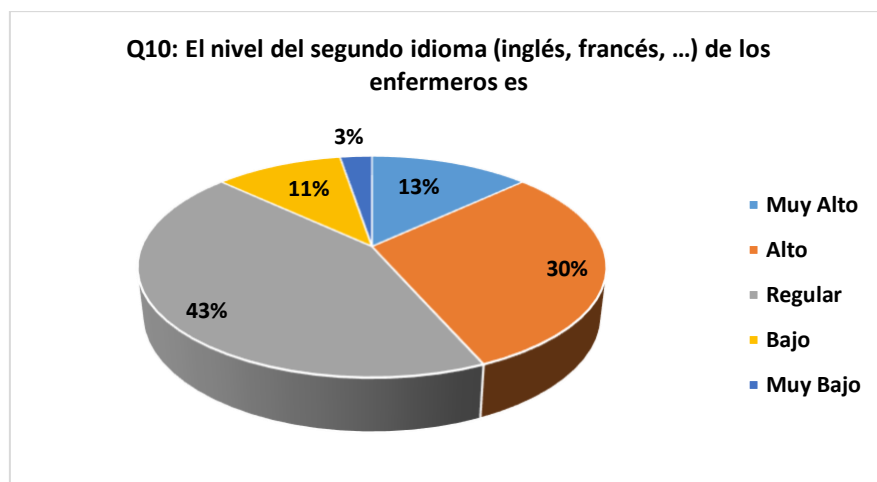
En cuanto al idioma principal de los estudios en las facultades de enfermería en sus países, los participantes confirman que es el inglés con un consenso del 92,11%. (Figura 20)

**Figura 20:** Idioma de los estudios en las facultades de enfermería



El nivel del segundo idioma de los enfermeros según la opinión de los participantes es regular con un porcentaje del 43,42%, alto con el 30,26%, muy alto con el 13,16%, bajo con el 10,53% y muy bajo con el 2,63%. Aunque no hay consenso en la opinión de los participantes, esta pregunta no ha sido repetida en cuestionario de la 2ª ronda, dado que es una opinión subjetiva y una valoración personal que no cambiará al repetirla. (Figura 21).

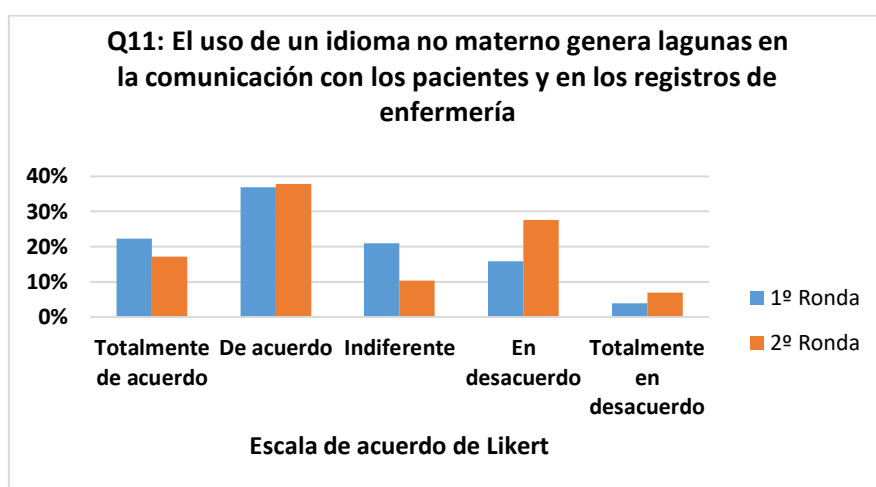
**Figura 21:** Nivel del segundo idioma de los enfermeros/as



La opinión de los participantes sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación y la documentación no ha sido consensuada, pero, teniendo en cuenta

que esa opinión tanto en la 1ª ronda como en la segunda se ha inclinado hacia estar de acuerdo con el 59,21% en la 1ª ronda y el 55,17% en la segunda, y con una presencia significativa en las dos rondas en cuanto a los que no lo tenían claro (indiferente) con 21,05% en la 1ª ronda y 10,34% en la segunda, consideramos que no es necesario lanzar una tercera ronda. Además, tenemos la opinión de los directores de enfermería en las entrevistas, que también se inclina hacia la confirmación del efecto negativo del uso de un idioma no materno en la comunicación y la documentación de enfermería. (Figura 22)

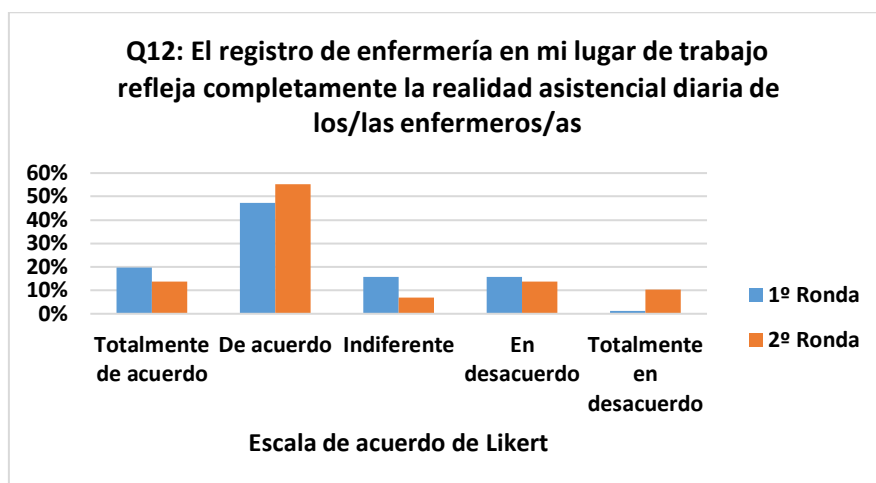
**Figura 22:** Opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación y la documentación



## El registro de enfermería

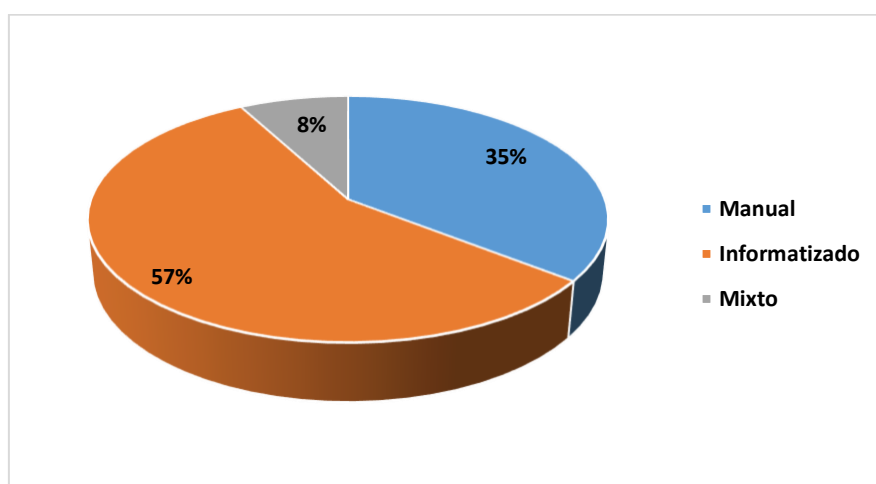
Los participantes estaban de acuerdo con que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/as enfermeros/as. El consenso ha sido conseguido en la segunda ronda con el 69%. (Figura 23)

**Figura 23:** Opiniones sobre si los registros de enfermería reflejan la realidad asistencial diaria.



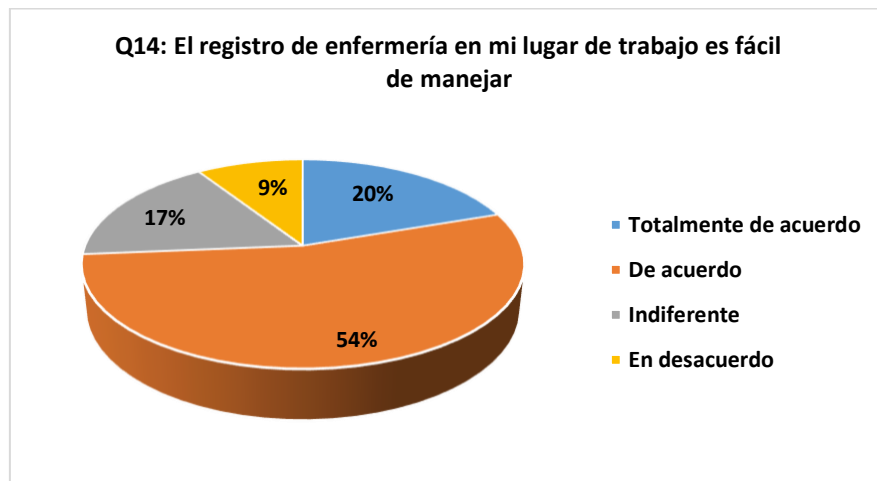
En cuanto al tipo de registros de enfermería, el 56,58% tenían un registro informatizado, el 35,53% manual y el 7,89% mixto. (Figura 24)

**Figura 24:** Tipos de los registros de enfermería



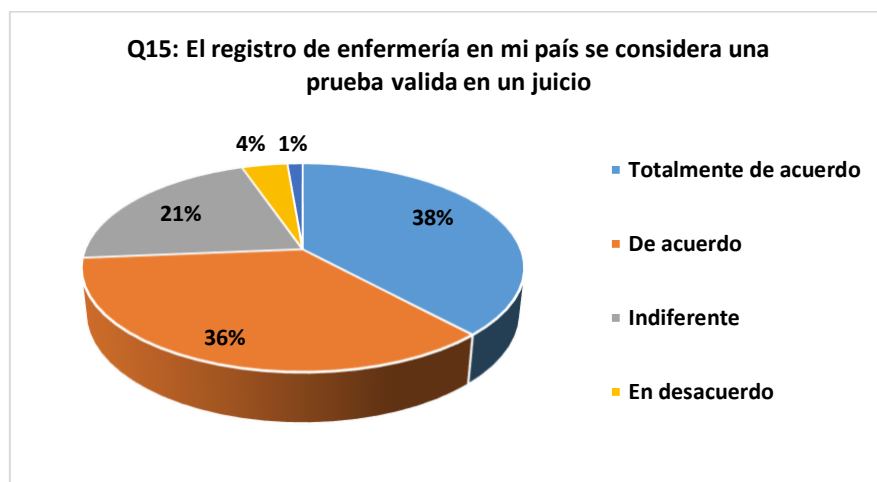
En la primera ronda hemos conseguido el consenso de los participantes confirmando que el registro de enfermería en su lugar de trabajo es fácil de manejar con el 73,69%. (Figura 25)

**Figura 25:** opiniones sobre si el registro de enfermería es fácil de manejar



Al preguntar si el registro de enfermería se considera una prueba válida en un juicio, el 73,69% confirmaron que lo era, y el 21,05% no estaban seguros. (Figura 26)

**Figura 26:** Validez del registro de enfermería en un juicio

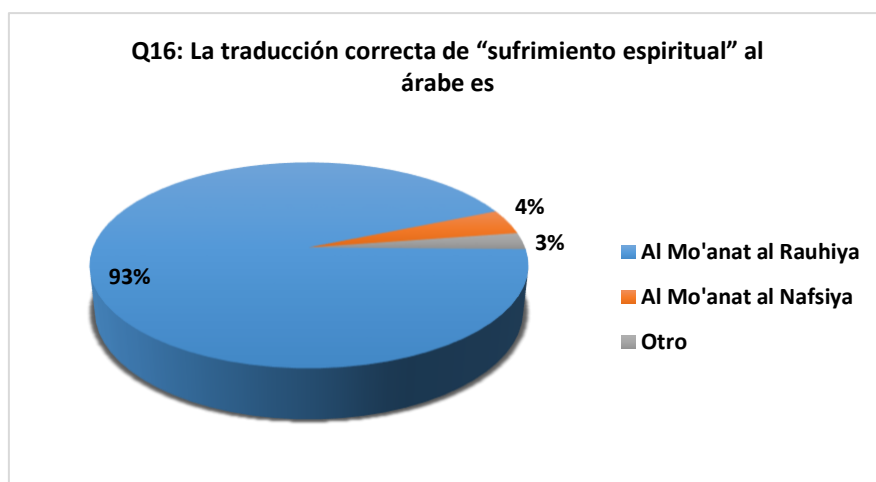


### Los diagnósticos de enfermería

El 93,42% de los participantes tradujeron el sufrimiento espiritual al árabe como “al Mo’anat al Rauwhiya-المعاناة الروحية”. La misma palabra elegida por la autora de esta investigación. (Figura 27)



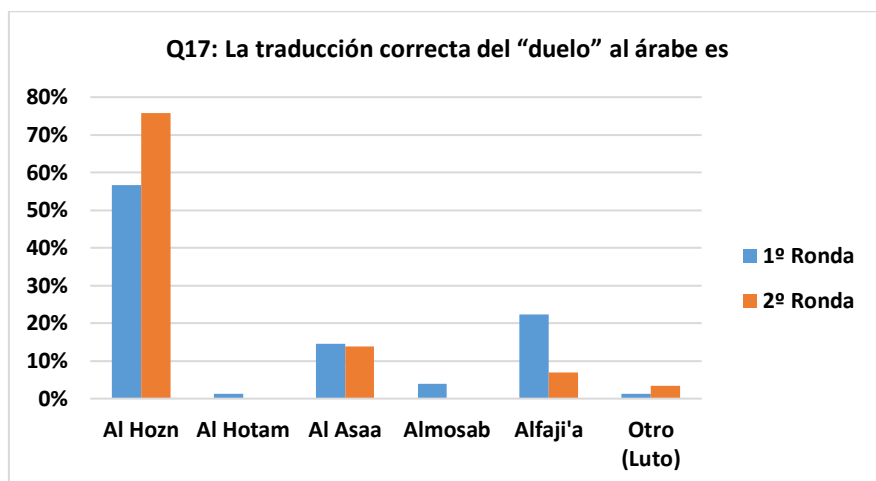
**Figura 27:** Traducción de “sufrimiento espiritual”



En cuanto a la traducción correcta de la palabra “duelo” al árabe, no hemos conseguido un consenso en la 1ª ronda, el porcentaje más alto era para la palabra “al-Hozn-الْحُزْن” que significa tristeza.

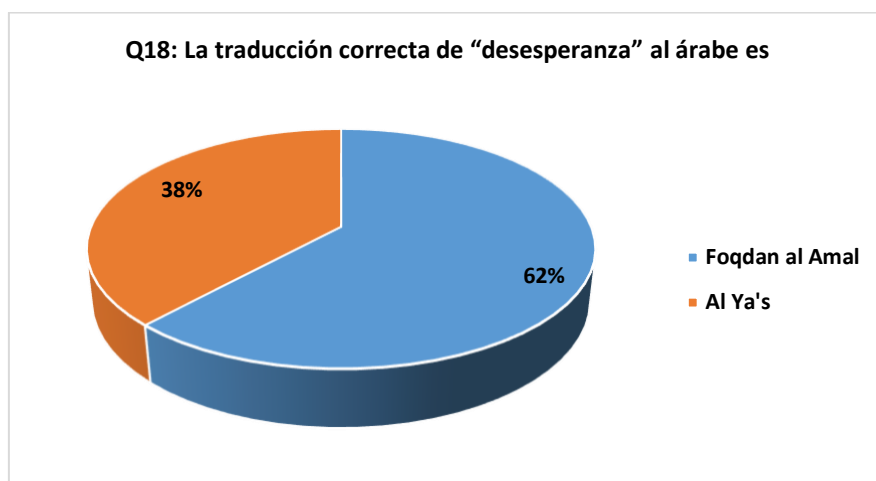
En la 2ª ronda se confirma la traducción a esta palabra con el 75,86%. (Figura 28)

**Figura 28:** Traducción de “duelo”



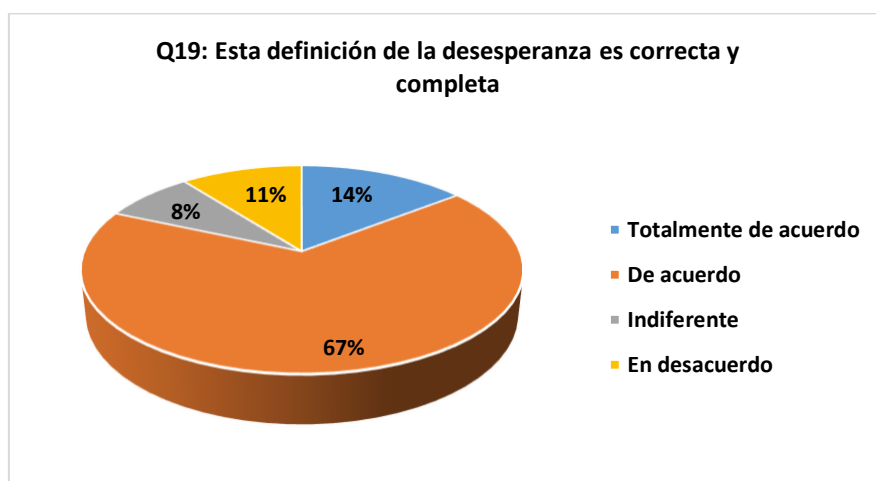
El 61,84% de los participantes tradujeron la desesperanza al árabe como “Foqdan al Amal-فقدان الأمل”, y el 38,16% como “al-Ya’s-اليأس”. (Figura 29)

**Figura 29:** Traducción de “desesperanza”



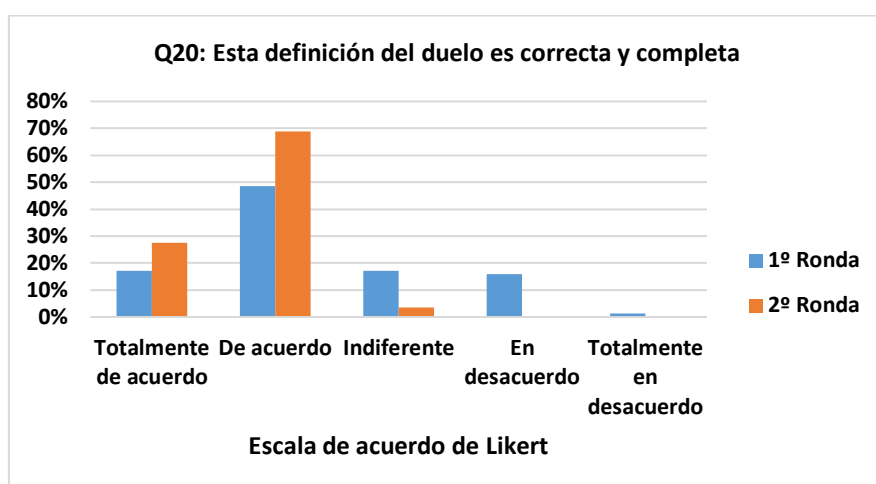
El 81,58% de los participantes en la 1ª ronda confirmaron que la definición de la desesperanza de la terminología ATIC es correcta y completa. (Figura 30)

**Figura 30:** Opiniones sobre la definición de la desesperanza de la ATIC



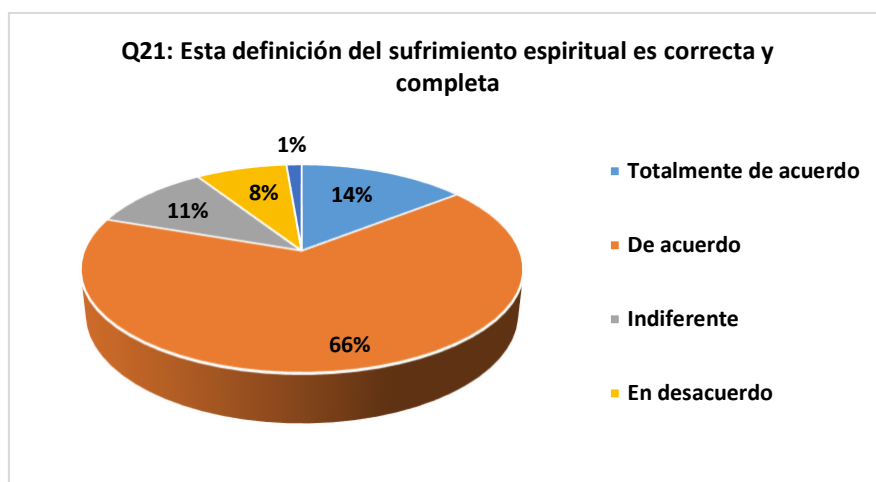
En la 1ª ronda no hemos conseguido un consenso sobre la definición del duelo, los que consideraron la definición correcta eran el 65,79%, esta cifra aumentó hasta el 96,97% en la 2ª ronda confirmando que la definición del duelo de la terminología ATIC es correcta y completa. (Figura 31)

**Figura 31:** Opiniones sobre la definición del duelo de la ATIC



El 80,26% de los participantes en la 1ª ronda confirmaron que la definición del sufrimiento espiritual de la terminología ATIC es correcta y completa. (Figura 32)

**Figura 32:** Opiniones sobre la definición del sufrimiento espiritual de la ATIC



En relación con la elección de todas las intervenciones de enfermería que se consideran esenciales para el cuidado de un paciente que sufra de duelo y/o desesperanza, el único consenso conseguido en la 1ª ronda era para la escucha activa.

En la 2ª ronda hemos conseguido el consenso para todas las intervenciones a excepción de 10 intervenciones del total de 64.

Dos de las tres intervenciones añadidos por los participantes de la 1ª ronda han sido consensuados en la 2ª ronda.

Hemos considerado como intervención consensuada aquella que la suma de 4 puntos y 5 puntos de importancia en la escala fue de 70% o más. (Tabla 9)

**Tabla 9:** Intervenciones de enfermería de la ATIC vinculadas al duelo y la desesperanza

Intervenciones de enfermería	Suma de 5+4 de la 2ª ronda	Resultado de la 1ª Ronda
Cuidado de ingres	86,21%	36,84%
Escucha activa	100,00%	86.84%
Estabilización anímica ( <i>emotional debriefing</i> )	93,11%	61,84%
Educación sanitaria: Medicación	86,21%	30.26%
Educación sanitaria: prevención de complicaciones	89,66%	26.32%
Prevención	82,75%	31.58
Cuidador: implicación	86,21%	47.37%
Educación sanitaria: proceso de la enfermedad	89,65%	34.21%
Educación sanitaria: dieta	82,76%	22.37%
Educación sanitaria: técnicas simples	86,21%	23.37%
Escucha activa: familia	100,00%	67.11%
Educación sanitaria: estrategias de adaptación	96,55%	48.68%
<i>Counseling</i>	100,00%	60.53%
Estabilización emocional	96,55%	59.21%
Conservación de la autoestima	96,55%	67.11%
Educación sanitaria: técnicas complejas	72,41%	18.42%
Educación sanitaria: control de síntomas	89,65%	27.63%
Estabilización anímica: familia	89,66%	43.42%
Distracción	79,31%	28.95%
Vínculos familiares: favorecer	100,00%	56,58%
Promocionar la comunicación no verbal	96,55%	30.26%

<b>Reconstrucción cognitiva</b>	82,75%	36.84%
<b>Fortalecer el vínculo padres-hijos</b>	93,11%	36.84%
<b>Educación sanitaria: técnicas de control de la ansiedad</b>	93,11%	48.68%
<b>Progreso de la enfermedad: apoyo al afrontamiento</b>	89,65%	36.84%
<b>Comunicación: adaptar</b>	96,55%	35.53%
<b>Estimulación sensomotora</b>	86,21%	19.74%
<b>Adaptación a la muerte: apoyo a la familia</b>	93,11%	50.00%
<b>Reorientación</b>	86,20%	35.53%
<b>Agresividad: prevención</b>	89,66%	30.26%
<b>Terapia de caminata</b>	79,31%	26.32%
<b>Cambio de la imagen corporal: apoyo a la adaptación</b>	86,20%	21.05%
<b>Relajación: inducción</b>	93,10%	52.63%
<b>Suicidio: prevención</b>	89,65%	63.16%
<b>Redirigir el comportamiento regresivo</b>	75,86%	32.89%
<b>Alianza terapéutica</b>	93,11%	36.84%
<b>El cuidado de “Kangaroo”</b>	72,41%	6.58%
<i>De-escalation technique</i>	72,42%	15.79%
<b>Agresividad: abordar</b>	79,31%	18.42%
<b>Terapia de juego</b>	82,76%	26.32%
<b>Apoyo a la familia: adaptación con el progreso de la enfermedad</b>	86,21%	34.21%
<b>Terapia de grupo</b>	96,55%	42.11%
<b>Entrevista terapéutica</b>	96,55%	35.53%
<b>Reacondicionamiento fonatorio</b>	58,62%	17.11%
<b>Reposo sensorial</b>	82,76%	42.11%
<b>Mediación de conflicto</b>	68,96%	10.53%
<b>Educación sanitaria: técnica de autocontrol</b>	93,11%	30.26%
<b>Masaje simple</b>	68,97%	30.26%

<b>Apoyo a la adaptación del diagnóstico de la enfermedad</b>	86,21%	26.32%
<b>Conducta dependiente: reconducir</b>	82,76%	19.74%
<b>Estimulación sensorial</b>	72,42%	17.11%
<b>Reposo de fonatorio</b>	55,17%	7.89%
<b>Mediar: conflictos familiares</b>	65,52%	13.16%
<b>Educación sanitaria: obtención de muestras</b>	55,17%	5.26%
<b>Conducta defensiva: redirigir</b>	68,96%	18.42%
<b>Adaptación al diagnóstico de la enfermedad: apoyar a la familia</b>	86,21%	28.95%
<b>Musicoterapia</b>	68,96%	36.84%
<b>Colcheo: favorecer</b>	65,52%	5.26%
<b>Terapia de literaria</b>	65,51%	19.74%
<b>Masaje infantil</b>	65,52%	9.21%
<b>Apoyo al duelo</b>	96,55%	44.74%
<b>Monitorización Psicoemocional</b>	100,00%	50.00%
<b>Estimulación motora</b>	86,20%	18.42%
<b>Recuperar la autoestima</b>	100,00%	65.79%
<b>Escuchar música</b>	62,07%	
<b>Prácticas religiosas como rezar y leer versos del Corán</b>	96,55%	
<b>Informar de la enfermedad y promocionar el amor a la vida a través del apoyo psicológico.</b>	93,10%	

En cuanto a la elección de todas las intervenciones de enfermería que se consideran esenciales para el cuidado de un paciente que sufra de sufrimiento espiritual, el único consenso conseguido en la 1ª ronda era para la escucha activa.

En la 2ª ronda hemos conseguido el consenso para todas las intervenciones a excepción de 8 intervenciones del total de 83.

Las tres intervenciones añadidas por los participantes en la 1ª ronda han sido consensuadas en la 2ª ronda.

Hemos considerado como intervención consensuada aquella que la de 4 puntos y 5 puntos de importancia en la escala fue de 70% o más. (Tabla 10)

**Tabla 10:** Intervenciones de enfermería de la ATIC vinculadas al sufrimiento espiritual

Intervenciones de enfermería	Suma de 5+4 de la 2ª ronda	Resultados de la primera ronda
Cuidado de ingreso	86,20%	30.26%
Escucha activa	100,00%	75.00%
Estabilización anímica ( <i>emotional debriefing</i> )	89,65%	67,11%
Educación sanitaria: prevención de complicaciones	82,76%	26.32%
Cuidador: implicación	89,65%	36.84%
Educación sanitaria: proceso de la enfermedad	86,21%	27.63%
Educación sanitaria: dieta	75,86%	23.63%
Educación sanitaria: técnicas simples	72,41%	19.74%
Escucha activa: familia	93,11%	65.79%
Educación sanitaria: estrategias de adaptación	89,66%	44.74%
<i>Counseling</i>	96,55%	60.53%
Estabilización emocional	89,66%	60.53%
Conservación de la autoestima	100,00%	60.53%
Educación sanitaria: técnicas complejas	75,87%	14.47%
Educación sanitaria: control de síntomas	86,21%	18.42%
Estabilización anímica: familia	93,10%	46.05%
Distracción	72,42%	27.63%
Vínculos familiares: favorecer	89,65%	43.42%
Promocionar la comunicación no verbal	79,31%	21.05%
Reconstrucción cognitiva	86,21%	44.74%

<b>Fortalecer el vínculo padres-hijos</b>	93,10%	26.32%
<b>Educación sanitaria: técnicas de control de la ansiedad</b>	89,65%	27.63%
<b>Progreso de la enfermedad: apoyar la adaptación</b>	86,21%	21.05%
<b>Comunicación: adaptar</b>	93,10%	32.89
<b>Estimulación sensomotora</b>	79,31%	21.05%
<b>Adaptación a la muerte: apoyo a la familia</b>	86,21%	21.05%
<b>Reorientación</b>	89,66%	28.95%
<b>Agresividad: prevención</b>	82,76%	18.42%
<b>Paseo terapéutico</b>	72,41%	19.74%
<b>Cambio de la imagen corporal: apoyo a la adaptación</b>	86,21%	17.11%
<b>Relajación: inducción</b>	89,66%	47.37%
<b>Suicidio: prevención</b>	96,55%	39.47%
<b>Conducta regresiva: reconducir</b>	89,66%	17.11%
<b>Alianza terapéutica</b>	96,55%	25.00%
<i>De-escalation technique</i>	79,31%	10.53%
<b>Agresividad: abordar</b>	79,31%	14.47%
<b>Terapia de juego</b>	68,96%	13.16%
<b>Apoyo a la familia: adaptación con el progreso de la enfermedad</b>	89,66%	21.05%
<b>Terapia de grupo</b>	100,00%	35.53%
<b>Entrevista terapéutica</b>	100,00%	35.53%
<b>Reposo sensorial</b>	89,66%	35.53%
<b>Mediación de conflicto</b>	68,97%	17.11%
<b>Educación sanitaria: técnica de autocontrol</b>	93,10%	25.00%
<b>Masaje simple</b>	68,96%	21.05%



<b>Apoyo a la adaptación del diagnóstico de la enfermedad</b>	79,31%	15.79%
<b>Conducta dependiente: reconducir</b>	79,31%	14.47%
<b>Estimulación sensorial</b>	79,31%	19.74%
<b>Mediar: conflictos familiares</b>	58,62%	13.16%
<b>Conducta defensiva: redirigir</b>	58,62%	10.53%
<b>Adaptación al diagnóstico de la enfermedad: apoyar a la familia</b>	89,65%	15.79%
<b>Musicoterapia</b>	68,97%	31.58%
<b>Colcheo: favorecer</b>	72,41%	7.89%
<b>Terapia de literatura</b>	55,18%	22.37%
<b>Meditación</b>	82,76%	48.68%
<b>Revitalización: mente/alma</b>	96,55%	50.00%
<b>Reequilibrio espiritual</b>	86,20%	43.42%
<b>Generación de esperanza</b>	96,55%	48.68%
<b>Movimientos de meditación</b>	79,31%	38.16%
<b>Rezar</b>	96,56%	52.63%
<b>Cuentos reflexivos</b>	82,76%	32.89
<b>Reflexión trascendental</b>	72,41%	26.32%
<b>Reflejo de gratitud</b>	89,66%	22.37%
<b>Dignificación</b>	93,10%	22.37%
<b>Apoyar el bienestar espiritual</b>	89,66%	46.05%
<b>Evaluación de la fortaleza espiritual</b>	89,66%	36.84%
<b>Calmar la incomodidad espiritual</b>	86,21%	34.21%
<b>Explorar el significado espiritual del sufrimiento</b>	89,66%	26.32%
<b>Estimular el autovalor</b>	86,21%	26.32%
<b>Conducir las preguntas y dudas trascendentales</b>	72,41%	22.37%
<b>Activación de actitud</b>	86,21%	14.47%

<b>Conservar la autoestima</b>	96,55%	25.00%
<b>Conciliación cultural</b>	86,20%	22.37%
<b>Desviación positiva</b>	68,96%	14.47%
<b>Nutrición emocional</b>	79,31%	34.21%
<b>Terapia de resolución de aceleración emocional</b>	79,31%	22.37%
<b>Apoyo al duelo</b>	89,65%	26.32%
<b>Monitorización psicoemocional</b>	96,55%	23.68%
<b>Ejercicios de resiliencia</b>	79,31%	23.68%
<b>Estabilización psicológica y mental</b>	93,10%	30.26%
<b>Apoyo a la adaptación</b>	86,21%	31.58%
<b>Confrontación positiva</b>	86,21%	34.21%
<b>Estimulación motora</b>	82,76%	11.84%
<b>Recuperar la autoestima</b>	89,66%	32.89
<b>Diagnóstico precoz</b>	89,65%	
<b>Escuchar temas religiosos</b>	86,21%	
<b>Terapia deportiva</b>	86,21%	



## **10. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

---



## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### Datos sociodemográficos y laborales:

#### País:

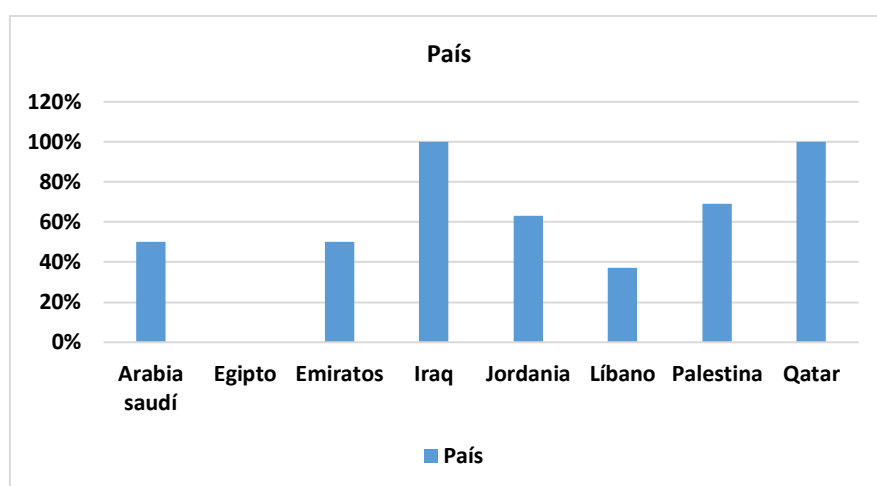
En la primera ronda el 51,32% de los participantes eran de Palestina, el 25% de Jordania, y el 10,53% del Líbano con una suma de 86,85%. En la segunda ronda el 41,38% de los participantes eran de Palestina (el 31% de los participantes de Palestina de la 1ª ronda), el 24% eran de Jordania (el 36% de los participantes de Jordania de la 1ª ronda) y el 17,24% eran del Líbano (el 63% de los participantes del Líbano de la 1ª ronda). (Tabla 11)

La figura 33 muestra la ratio de abandono en la 2ª ronda por país.

**Tabla 11:** Participación por país

País	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
Arabia Saudí	4	5,26%	2	6,90%
Egipto	2	2,63%	2	6,90%
EAU	2	2,63%	1	3,45%
Iraq	1	1,32%	0	0,00%
Jordania	19	25,00%	7	24,14%
Líbano	8	10,53%	5	17,24%
Palestina	39	51,32%	12	41,38%
Catar	1	1,32%	0	0,00%
Total	76	100,00%	29	100,00%

**Figura 33:** Ratio de abandono en la 2ª ronda por país



Este resultado se debe a que la investigadora es de origen palestino-jordano y cuenta con muchos más contactos en estos países que en los demás países árabes y dispone de más

medios para contactar con los enfermeros allí; la presencia del Líbano en el tercer puesto de participación se debe al encuentro con los enfermeros libaneses en el Congreso Internacional de Enfermería en Barcelona en 2017 al participar con un póster sobre este trabajo de investigación. Anexo (16)

Somos conscientes que este resultado no nos permite generalizar los resultados de este estudio a todos los países de Oriente Medio, pero creemos que ilustra la realidad actual en la región.

#### Perfil de los participantes de Palestina

Los participantes de Palestina en su mayoría eran mujeres jóvenes con una variedad de años de experiencia que trabajaban en hospitales y universidades en puestos asistenciales y de docencia.

Cuanto a la relación país – edad; el 72% de los participantes de Palestina en la 1ª ronda eran de la franja de edad de 21-40 años y de ellos el 79% tenían de 21 a 30; mientras en la 2ª ronda el 50% tenían entre 41y 60 años y el 42% entre 21y 30 años, con abandono total de los participantes que tenían entre 31 y 40 años.

En cuanto al género, el 69% de los participantes de Palestina en la 1ª ronda y el 58,35% en la 2ª eran mujeres.

Cuanto a la relación país – años de experiencia, el 46,2% de los participantes de Palestina en la 1ª ronda tenían 1-5 años de experiencia, seguidos con los de más de 20 años con el 23%; en la 2ª ronda los que tenían entre 1y 5 años de experiencia y los que tenían más de 20 se presentan con el mismo porcentaje de 42%.

El 56,4% de los participantes de Palestina de la 1ª ronda trabajaban en hospitales, el 20,5% en universidades y el 7,7% en ambos, en la 2ª ronda el 41,66% trabajaban en hospitales y el mismo porcentaje en universidades.

En cuanto a los puestos de trabajo, el 62% de los participantes de Palestina en la 1ª ronda trabajaban en un puesto asistencial y el 23% en un puesto de docencia; en la 2ª ronda el 50% en puestos de docencia y el 41,66% en puesto asistencial.

### Perfil de los participantes de Jordania:

Los participantes de Jordania tenían un perfil parecido a los de Palestina, mujeres jóvenes con variedad de años de experiencia que trabajan en hospitales y universidades en puestos asistenciales y de docencia.

En cuanto a la edad de los participantes de Jordania en la 1ª ronda el 68.4% eran de la franja de edad de 21 a 40 años y de ellos 61.5% tenían 31-40 años, mientras en la 2ª ronda el 57% tenían entre 21 y 40 años y el 42% entre 41 y 50 años, y con abandono total de los participantes de más de 60 años.

El 74% de los participantes de Jordania en la 1ª ronda y el 71% en la 2ª eran mujeres.

Los participantes de la 1ª ronda varían en cuanto a los años de experiencia sin una inclinación significativa hacia una franja de años de experiencia, el 31,6% tenían más de 20 años de experiencia, el 26,3% de 6 a 10, el 21% de 1 a 5, el 15,8% de 16 a 20 y la participación mas baja era del 5,3% de los que tenían de 11 a 15 años de experiencia; en la 2ª ronda el 42,9% tenían más de 20 años de experiencia, el 28,6% entre 16 y 20 años y el 14,3% entre 1 y 5 años y el 14,3% entre 6 y 10 años de experiencia.

El 52,6% en la 1ª ronda trabajaban en universidades y el 21% en hospitales, y en la 2ª ronda el 42,9% trabajaban en universidades y el 14,3% en hospitales y otros tantos en hospicios.

En cuanto a los puestos de trabajo, en la 1ª ronda el 26,3% trabajaban en puestos de docencia, el 21,1% en puestos asistenciales y el 15,8% en ambos; en la 2ª ronda los puestos han sido divididos en partes iguales con el 14,3% entre los siguientes puestos de trabajo:

- Asistencial y docencia y gestión e investigación
- Asistencial
- Docencia e investigación
- Docencia
- Estudiantes
- Gestión
- Urgencias.



### Perfil de los participantes del Líbano:

El perfil de los participantes del Líbano es muy parecido al de los de Palestina y Jordania.

El 87,5% de los participantes del Líbano en la 1ª ronda tenían entre 21 y 40 años (71,43% entre 31-40 años), el 12,5% entre 41 y 50 años y ninguno más que 50 años. En la 2ª ronda, el 80% de los participantes del Líbano tenían entre 31 y 40 años y con un abandono total de los que tenían entre 21-30 años.

El 75% de los participantes del Líbano en la 1ª ronda y el 80% en la 2ª eran mujeres.

En cuanto a años de experiencia, entre los participantes de la 1ª ronda, el 37,5% tenían de 11 a 15 años de experiencia y el 25% tenían de 1 y 5 y otros tantos de 6-10; en la 2ª ronda el 40% tenían de 11 a 15 años de experiencia y los demás partes iguales del 20% de 1 a 5 años, de 6 a 10 años y más de 20.

En la 1ª ronda el 37,5% trabajaban en universidades y el 25% en hospitales y el 12,5% trabajaban en colegios, otros tantos en (hospital y hospicio) y otros tantos en (hospital y universidad); en la 2ª ronda los participantes en partes iguales del 20% trabajaban en los siguientes puestos de trabajo:

- Colegio
- Hospital y hospicio
- Hospital
- Hospital y universidad
- Universidad

El 25% de los participantes de la 1ª ronda trabajaban en un puesto de docencia y otros tantos en un puesto asistencial. Los demás en partes iguales del 12,5% trabajaban en puestos (asistenciales y de docencia), (asistencial, de docencia y de gestión), (asistencial y de gestión) y de (docencia y asistencial); mientras en la 2ª ronda y en partes iguales del 20% trabajaban en puestos (asistenciales y de docencia), (asistenciales, de docencia y de gestión), (asistenciales y de gestión), asistenciales y de docencia.

### Edad:

En la 1ª ronda el 40,79% estaban en la franja de edad de 21 a 30 años y el 30,26% de 31 a 40 años; en la 2ª ronda no se nota una inclinación hacia una franja de edad u otra; el

27,59% tenían entre 31 y 40 años, el 24,14% entre 21 y 30 y el 24,14% entre 51 y 60 y el 20,69% entre 41 y 50 años. Se destaca la participación más baja de los que tenían más de 60 años (del 3,45%), un único participante varón de Palestina. (Tabla 12)

**Tabla 12:** Participación por edad

Edad	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
<b>21-30</b>	31	40,79%	7	24,14%
<b>31-40</b>	23	30,26%	8	27,59%
<b>41-50</b>	7	9,21%	6	20,69%
<b>51-60</b>	11	14,47%	7	24,14%
<b>Más de 60</b>	4	5,26%	1	3,45%
<b>Total</b>	76	100,00%	29	100,00%

Pensamos que el alto porcentaje de participación de los jóvenes en la 1ª ronda se debe a que la mayoría de los participantes eran contactos de una doctora que ha hecho el esfuerzo de promocionar la participación entre sus alumnos de máster y recién graduados, y que en la 2ª ronda no sentían el mismo compromiso de participación. Al mismo tiempo, la tendencia general notable de participación de los jóvenes quizá se deba a la baja tasa de retención y a la alta tasa de emigración de los enfermeros nacionales en Jordania y en el Líbano y a la alta mortalidad por la situación de guerra en Palestina. (29,33,54,55)

En la 1ª ronda, la mayoría de los participantes que tenían entre 21 y 30 años eran de Palestina con un 71%, y la mayoría de los que tenían 31-40 años eran de Jordania con un 35%, seguidos con los de Palestina con un 26% y los del Líbano con un 22%. En la 2ª ronda, la mayoría eran también de Palestina con el 71,43%, seguidos por el 28,57% de Jordania y ningún participante del Líbano; en cuanto a los que tenían entre 31 y 40 años la mayoría eran del Líbano, con una participación del 50%.

En cuanto al género de los participantes en la 1ª ronda predominan las mujeres con el 71% en la franja de edad de 21 a 30 y el 74% en la franja de edad de 31 a 40. El 72% de los participantes de la 2ª ronda eran mujeres, sin ninguna inclinación significativa hacia una franja de edad u otra, salvo que el único participante de mas de 60 años era varón.

En cuanto a la relación edad-años de experiencia en la 1ª ronda, el 74.2% de los participantes que tienen de 21 a 30 años tenían 1-5 años de experiencia y el 39% de los de 31 a 30 años tenían de 6 a 10 años de experiencia, mientras que en la 2ª ronda no hay un predominio significativo, solo cabe destacar que solo había un participante con más de 20 años de experiencia.

El 67.7% de los participantes de la franja de edad de 21 a 30 trabajaban en hospitales y los que tenían entre 31 y 40 años se concentraban en los hospitales y las universidades con el 39% y el 34.8%. En la 2ª ronda el 44.8% trabajaban en universidades, y de ellos el 46.2% tenían entre 51 y 60 años, mientras que el 27.6% trabajaban en hospitales, y de ellos el 62.5% tenían entre 21 y 30 años.

En la 1ª ronda, el 77.4% de los que tenían entre 21 y 30 años trabajaban en un puesto asistencial, mientras de los que tenían entre 31 y 40 años el 34.8% trabajaban en un puesto asistencial y el 26% en un puesto docente. En la 2ª ronda, el 41,4% trabajaban en un puesto docente; de ellos el 50% tenían entre 51 y 60 años, finalmente el 27,9% trabajaban en un puesto asistencial y de ellos el 62,5% tenían entre 21 y 30 años.

#### Género:

Los participantes en su mayoría eran mujeres, en la 1ª ronda sumaban el 73.68% y en la 2ª el 72.41%. (Tabla 13)

**Tabla 13:** Participación por género

Sexo	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
<b>Mujer</b>	56	73,68%	21	72,41%
<b>Varón</b>	20	26,32%	8	27,59%
<b>Total</b>	76	100,00%	29	100,00%

El 48,2% de las mujeres participantes en la 1ª ronda eran de Palestina (69,2% del total de participantes de Palestina), el 25% de Jordania (73,68% del total de participantes de Jordania) y el 10,7% del Líbano (75% del total de participantes del Líbano).

Las mujeres participantes eran en su mayoría jóvenes (69,7% menores de 40 años); tenían una variedad de años de experiencia (33,9% de 1ª 5 años, 26,79% más de 20 y 21,43% de 6 a 10). El 42,86% trabajaban en universidades y el 35,7% en hospitales, en puestos asistenciales (41%) y de docencia (26,79%)

En la 2ª ronda, del total de 72,41% mujeres participantes el 33,33% eran de Palestina (58,33% del total de participantes de Palestina), el 23, 81% eran de Jordania (71,43% del total de participantes de Jordania) y el 19% eran del Líbano (80% del total de participantes del Líbano). En el perfil de las participantes en esta ronda no se nota una diferencia significativa en la distribución por edad, pero en cuanto a los años de experiencia el 38% tenían más de 20 años y el 23,8% de 1 a 5, trabajaban en universidades (23,8%) y en hospitales (42,86%).

La alta participación de las mujeres enfermeras en esta investigación está en línea con los estudios publicados, que confirman que, a pesar de que en los últimos años hubo un incremento en el número de los profesionales de enfermería masculinos, las mujeres siguen siendo el género dominante de la profesión de enfermería, y relacionan esta situación con la imagen social de la profesión de enfermería y la asociación de rol de cuidar con la mujer.

En España como ejemplo, un artículo publicado en 2015 confirma que: “el colectivo enfermero (tanto mujeres como hombres) sigue enfrentándose a importantes retos relacionados con su imagen, la cual influye en su estatus, poder, ...” “una imagen negativa, inexacta o distorsionada de la enfermería tiene una serie de consecuencias y repercusiones en el número de jóvenes que eligen la enfermería como profesión. Esto es especialmente relevante a la hora de la elección de los estudios de enfermería por parte del sexo masculino, donde los medios de comunicación se han centrado principalmente en las mujeres, mientras que la imagen de un enfermero hombre es a menudo ignorado”. “el hombre ha sido minoría y sigue siéndolo en España”. (177)

Y según el Instituto Nacional de Estadística sobre profesionales sanitarios colegiados en el año 2012 consta que “Actualmente se constata que la profesión sanitaria en España tiene una presencia mayoritariamente femenina”, “en 7 de las 11 profesiones sanitarias analizadas en 2012 había mas mujeres colegiadas que hombres” y “uno de los dos colectivos con menor porcentaje de hombres era lo de enfermería, con tan solo el 15.7% eran enfermeros. (177)

Un estudio que analizó el descenso de enfermeros/as en los países desarrollados confirma que 8 de cada 10 son enfermeras. (178)

En cuanto a la situación en Estados Unidos, el informe del Censo del 2006 indica que los hombres alcanzan tan solo el 7% del total del personal de enfermería. (179)

El “*Nursing and Midwifery Council*” de Reino Unido, en su informe de 2015-2016, confirma que la ratio de mujeres a hombres ha disminuido y ahora las mujeres forman el 64% y los hombres el 36%, en comparación con el año anterior (78% enfermeras y 22% enfermeros). (180)

En cuanto a los países árabes, como en el resto del mundo, se nota un incremento en la participación masculina, pero las cifras siguen confirmando in predominio femenino. En

Jordania, el informe del Ministerio de Salud en su informe del 2014 confirma que el 60% del personal de enfermería son mujeres.(181) En el informe anual del “*National Human Resources for Health Observatory*” de 2016 se aumenta la cifra y las mujeres representan según dice informe el 63,8% del total del personal de enfermería en el país. (182)

Otro ejemplo es el de Catar y los países del Golfo, un artículo publicado en 2012 confirma que, aunque el primer enfermero en Catar fue un hombre en 1950, poco está documentado sobre la contribución de los hombres en la profesión hoy en día, pero se sabe que una pequeña proporción de ellos eligen la enfermería como profesión por factores socioculturales. (42)

El Orden de Enfermería del Líbano (ONL) en un análisis de los datos sobre el personal de enfermería entre 2009 y 2014 confirma que las mujeres siguen formando el 80% del personal de enfermería. (55)

Como excepción a la tendencia mundial destacamos la de Arabia Saudí, donde algunos estudios muestran que el 50% del personal nacional del país está formado por hombres.(183) Mientras esta cifra puede ser una señal de avance en el desarrollo de la profesión, conociendo la naturaleza cultural y social de este país, pensamos que esta cifra puede que no sea más que otra manifestación de la desigualdad de género y las limitaciones al que se enfrentan las mujeres sauditas.

En Palestina la ratio mujeres/hombres en el personal de enfermería es también de 50/50 según fuentes informales. La situación particular de Palestina que hemos explicado en la introducción justifica esta cifra. Por una parte, la ocupación israelí causa una alta tasa de mortalidad y de encarcelamiento entre los jóvenes, y una alta necesidad de servicios médicos; por otra la limitación de los recursos y la alta tasa de pobreza han cambiado la mentalidad de la sociedad y ha dejado de compartir la imagen social de enfermería que domina en los países árabes vecinos.

#### Años de experiencia

Los participantes tenían una variedad de años de experiencia, y están en línea con la edad y el puesto de trabajo. (Tabla14)

**Tabla 14:** Participación por años de experiencia

Años de experiencia	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
Menos de 1	1	1,32%	0	0,00%
1-5	25	32,89%	7	24%
6-10	16	21,05%	3	10,34%
11-15	6	7,89%	3	10,34%
16-20	8	10,53%	4	13,79%
Más de 20	20	26,32%	12	41,38%
Total	76	100,00%	29	100,00%

En la 1ª ronda el 32.89% de los participantes tenían de 1 a 5 años de experiencia, el 26.32% más de 20 años, el 21.05% de 6 a 10 años y el 7,89% de 11 a 15 años. Se destaca que tan solo un participante tenía menos de 1 año de experiencia.

De los que tenían 1 a 5 años de experiencia el 72% eran de Palestina; de los que tenían más de 20 años el 45% eran de Palestina y el 30% eran de Jordania, y en cuanto a los que tenían de 6 a 10 años el 43.75% eran de Palestina y el 31.25% eran de Jordania.

En relación experiencia – edad, el 92% de los que tenían de 1 a 5 años de experiencia tenían de 21 a 30 años; de los que tenían más de 20 años de experiencia el 55% tenían de 51 a 60 años; de los que tenían de 6-10 años de experiencia el 56.25% tenían de 31 a 40 años y el 43.75% tenían de 21 a 30 años.

El 60% de los que tenían 1-5 años de experiencia trabajaban en hospitales y el 16% en universidades, mientras el 70% de los que tenían más de 20 años de experiencia trabajaban en universidades y el 63% de los que tenían 6-10 años de experiencia trabajaban en hospitales.

El 72% de los que tenían de 1 a 5 años trabajan en un puesto asistencial, el 55% de los que tenían más de 20 años trabajan en un puesto docente y el 62.5% de los que tenían 6-10 trabajan en un puesto asistencial.

En la 2ª ronda, el 41.38% de los participantes tenían más de 20 años de experiencia, el 24% tenían entre 1-5 años y el 13.79% de 16-20 años de experiencia.

De los que tenían más de 20 años el 41.67% eran de Palestina, el 25% de Jordania y el 16.67% de Arabia Saudí; de los que tenían de 1-5 años de experiencia el 71.43% eran de Palestina y de los que tenían de 16-20 años el 50% eran de Palestina y el 50% de Jordania.

El 58.33% de los que tenían más de 20 años de experiencia tenían de 51 a 60 años de edad, seguidos con los que tenían de 41 a 50 con el 33.33%; de los que tenían de 1 a 5 años de experiencia el 85.71% tenían de 21 a 30 años de edad; de los que tenían de 16 a 20 años de experiencia el 50% tenían entre 31 y 40 años de edad y el 50% tenían entre 41 y 50.

El 66.67% de los que tenían más de 20 años de experiencia, el 71% de los que tenían de 1 a 5 años y el 75% de los que tenían de 16 a 20 eran mujeres.

El 66.67% de los que tenían más de 20 años de experiencia trabajaban en universidades, el 71% de los que tenían de 1 a 5 años trabajaban en hospitales y el 50% de los que tenían de 16 a 20 trabajan en universidades.

El 66.67% de los que tenían más de 20 años de experiencia trabajaban en un puesto docente, el 71% de los que tenían de 1 a 5 trabajaban en un puesto asistencial y el 50% de los que tenían de 16 a 20 trabajaban en un puesto docente.

#### Lugar de trabajo

Los participantes en su mayoría trabajan en hospitales y universidades. (Tabla 15)

**Tabla 15:** Participación por lugar de trabajo

Lugar de trabajo	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
Hospital	32	42,11%	8	27,59%
Universidad	27	35,53%	13	44,83%
Centro de salud	2	2,63%	1	3,45%
Centro de investigación	0	0,00%	0	0,00%
Hospital y Hospicio	1	1,32%	1	3,45%
Hospicio	1	1,32%	1	3,45%
Hospital y Universidad	4	5,26%	2	6,90%
Hospital e Instituto	1	1,32%	0	0,00%
Hospital y Centro de Salud)	1	1,32%	0	0,00%
Colegio	1	1,32%	1	3,45%
Estudiante	4	5,26%	1	3,45%
Cruz Roja	1	1,32%	0	0,00%
Urgencias	1	1,32%	1	3,45%
Total	76	100,00%	29	100,00%

En la 1ª ronda el 42.11% trabajan en hospitales y el 35.53% trabajan en universidades; el resto de los participantes trabajan en centros de salud, hospicios, colegios, Cruz Roja, urgencias; algunos de los participantes eran estudiantes y algunos trabajaban en dos lugares de los mencionados antes.

El 68.75% de los que trabajan en hospitales eran de Palestina, seguida con Jordania con el 21.50%; mientras el 37% de los que trabajan en universidades eran de Jordania, seguidos de los de Palestina con el 29.63% y los del Líbano y Arabia Saudí con el 11,11% cada uno.

El 65.63% de los que trabajan en hospitales tenían entre 21 y 30 años, seguidos con los que tenían entre 31 y 40 años con 28.13%. De los que trabajan en universidades el 29.63% tenían de 31 a 40 años, y otro tanto los que tenían entre 51 y 60 años, seguidos con los que tenían 41-50 años y más de 60 años con 14.81% cada uno.

El 62.50% de los que trabajaban en hospitales y el 88.89% de los que trabajaban en universidades eran mujeres.

El 46.88% de los que trabajaban en hospitales tenían entre 1 y 5 años de experiencia, seguidos con los que tenían entre 6 y 10 años de experiencia con el 31.25%. De los que trabajaban en universidades el 51.85% tenían más de 20 años de experiencia, seguidos con los que tenían entre 1 y -5 años y entre 6 y 10 con el 14.81% cada uno.

EL 87.50% de los que trabajaban en hospitales ocupan un puesto asistencial y el 66.67% de los que trabajaban en universidades ocupan un puesto docente seguidos de los que ocupan doble puesto de investigación y docencia con el 25.93%.

En la 2ª ronda el 44.83% trabajaban en universidades y el 27.59% en hospitales.

El 62.50% de los que trabajaban en hospitales eran Palestinos; de los que trabajaban en universidades el 38.46% eran de Palestina, seguidos de Jordania con el 23.1% y de Egipto y Arabia Saudí ambos con el 15.39%.

EL 62.50% de los que trabajan en hospitales tenían 21-30 años, seguidos de los que tenían 31-40 con el 25%. Y de los que trabajan en universidades, el 46.15% tenían 51-60 años, seguidos de los que tenían 41-50 con el 23.1%.

El 62.25% de los que trabajan en hospitales y el 84.62% de los que trabajan en universidades eran mujeres.

El 62.50% de los que trabajan en hospitales tenían de 1-5 años de experiencia y el 61.54% de los que trabajan en universidades tenían más de 20 años de experiencia.

El 87.50% de los que trabajan en hospitales ocupan un puesto asistencial y el 84.62% de los que trabajan en universidades ocupan un puesto de docencia.



Nos ha llamado la atención la ausencia de participantes que trabajen en centros de investigación.

Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre la situación de la investigación científica en la región árabe y nos hemos encontrado con la confirmación de que, a pesar de las muchas universidades de prestigio a nivel internacional y el notable interés en establecer centros de investigación, la región árabe está atravesando una crisis relacionada con la investigación científica; lo cual puede justificar la ausencia de participantes que trabajen en centros de investigación.

Un estudio publicado en 2017 dice que el número de universidades en la región hasta el 1996 era de 130, de ellas el 92% fueron establecidas después de 1950 y de ellas el 75% después de 1970, y aunque hay un notable desarrollo en la educación universitaria en cuanto al aumento a la tasa de matriculación, la capacidad de expansión y el cambio de currículo, esta expansión no es capaz de mantener un nivel de calidad adecuado, debido, entre otras razones, a la desigual distribución de los presupuestos en las universidades y los centros de investigación y desarrollo. El estudio confirma también que la mayoría de las universidades en la región árabe están orientadas a la educación y no a la investigación científica y que la investigación en estos países es más bien cuantitativa que cualitativa.<sup>(184)</sup>

Los campos de investigación según el tercer informe árabe de desarrollo cultural del 2011 eran principalmente: agricultura y ingeniería con el 49%, medicina y ciencias de salud con el 32%, química aplicada con el 19%, y astronomía, matemática, química y física con el 10%. A pesar del aumento del número de las publicaciones, el contenido no es nada innovador. <sup>(184)</sup>

En cuanto a la publicación científica, Egipto ocupa el primer puesto entre los países árabes con 5,559 estudios publicados en 2008, seguido con Túnez con 3,116, Arabia Saudí con 2,725 y Argelia con 2,154, mientras Yemen cuenta con 115 publicaciones en 2008 y Bahrein con 95 en 1996. <sup>(184)</sup>

El secretario general de la Asociación de las Universidades Árabes confirma que la ratio de solicitudes para trabajos de investigación es muy baja y que faltan un plan estratégico y centros de investigación especializados. <sup>(185)</sup>

Los factores que contribuyen a la situación actual de la investigación en la región árabes son múltiples, entre ellos: <sup>(185)</sup>

- la inestable situación política: la primavera árabe por un lado y la situación de guerra en muchos países árabes ha disminuido el interés individual y el de los gobiernos en la investigación, dado que el sistema educativo se enfrenta a muchos retos y tiene otras prioridades más básicas.
- La falta de apoyo económico a las actividades de investigación.
- Los bajos salarios de los profesores de universidad, que causa desmotivación.
- La corrupción en la administración universitaria.
- Las políticas de matriculación abiertas que carecen de criterios de admisión.
- La limitada libertad académica.
- La subinversión en las instituciones públicas.
- Las metodologías de enseñanza orientada a memorizar, en vez del pensamiento crítico y la investigación.
- El desajuste entre las habilidades aprendidas y las necesarias en el mercado laboral.
- La desigualdad de género.
- La desigualdad entre las clases sociales.

Es relevante mencionar que, aunque no hay ningún participante que trabaje en un centro de investigación, 11 de los participantes en la 1ª ronda y 2 de los de la 2ª tenían la investigación como parte de su trabajo, que comparten con otros ámbitos de trabajo como docencia, asistencial y gestión.

#### Ámbito de trabajo

Puesto que la mayoría de los participantes trabajan en hospitales y universidades, era de esperar que los puestos que ocupan sean asistenciales y de docencia. (Tabla 16)

**Tabla 16:** Participación por ámbito de trabajo

Ámbito de trabajo	1ª Ronda	Porcentaje	2ª Ronda	Porcentaje
Asistencial	33	43,42%	8	27,59%
Docencia/educación	20	26,32%	12	41,38%
Gestión /dirección	3	3,95%	2	6,90%
Investigación	1	1,32%	0	0,00%
Asistencial y Docencia	3	3,95%	1	3,45%
Asistencial y Gestión	1	1,32%	1	3,45%
Docencia e Investigación	7	9,21%	1	3,45%
Asistencial y Docencia e Investigación	1	1,32%	0	0,00%
Asistencial y Docencia y Gestión	1	1,32%	1	3,45%
Asistencial y Docencia y Gestión e Investigación	2	2,63%	1	3,45%
Urgencias	1	1,32%	1	3,45%
Estudiar	3	3,95%	1	3,45%
Total	76	100,00%	29	100,00%

En la 1ª ronda el 43.42% de los participantes ocupan un puesto asistencial y el 26.32% un puesto de docencia.

EL 72.73% de los que ocupaban un puesto asistencial eran de Palestina; el 45% de los que ocupaban un puesto de docencia eran de Palestina, seguidos del 25% de Jordania.

EL 72.73% de los que ocupaban un puesto asistencial tenían entre 21 y 30 años, y los que ocupaban un puesto de docencia el 35% tenían de 51 a 60 años y el 30% entre 31 y 40 años.

El 69.70% de los que ocupaban un puesto asistencial y el 75% de los que ocupaban un puesto de docencia eran mujeres.

El 54.55% de los que ocupaban un puesto asistencial tenían entre 1 y 5 años de experiencia, seguidos con los que tenían 6-10 años de experiencia con el 30.3%, mientras el 55% de los que ocupaban un puesto de docencia tenían más de 20 años de experiencia y el 20% tenían entre 11 y 15 años de experiencia.

El 84.85% de los que ocupaban un trabajo asistencial trabajaban en hospitales y el 90% de los que ocupaban un puesto de docencia trabajaban en universidades.

En la 2ª ronda el 41.38% de los participantes ocupaban un puesto de docencia y el 27.59% uno asistencial

El 62.50% de los que ocupaban un puesto asistencial el 50% de los que ocupaban un puesto de docencia eran de Palestina.

De los que ocupaban un puesto asistencial el 62.50% tenían entre 21 y 30 años y el 37.5% entre 31 y 40. Y de los que ocupaban un puesto de docencia el 50% tenían entre 51-60 años, seguidos de los que tenían entre 41 y 50 años con el 25%.

El 75% de los que ocupaban un puesto asistencial y el mismo porcentaje de los que ocupaban un puesto de docencia eran mujeres.

De los que ocupaban un puesto asistencial el 62.50% tenían entre 1 y 5 años de experiencia y de los que ocupaban un puesto de docencia el 66.67% tenían más de 20 años de experiencia.

El 87.50% de los que ocupaban un puesto asistencial trabajaban en hospitales y el 91.67% de los que ocupaban un puesto de docencia trabajaban en universidades.

#### Los lenguajes enfermeros

En cuanto al uso de los lenguajes enfermeros como herramienta para aplicar el proceso de enfermería, 52 participantes (68.42%) en la 1ª ronda confirmaron utilizar los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre”. Al no conseguir un consenso, esta pregunta formó parte del cuestionario de la 2ª ronda, en la cual hemos conseguido un consenso de uso del 82,75%. (Tabla 17)

**Tabla 17:** Frecuencia de uso de los lenguajes enfermeros

	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
<b>Siempre</b>	36	47,37%	15	51,72%
<b>Casi siempre</b>	16	21,05%	9	31,03%
<b>A veces</b>	11	14,47%	5	17,24%
<b>Casi nunca</b>	1	1,32%	0	0,00%
<b>Nunca</b>	12	15,79%	0	0
<b>Total</b>	76	100,00%	29	100,00%

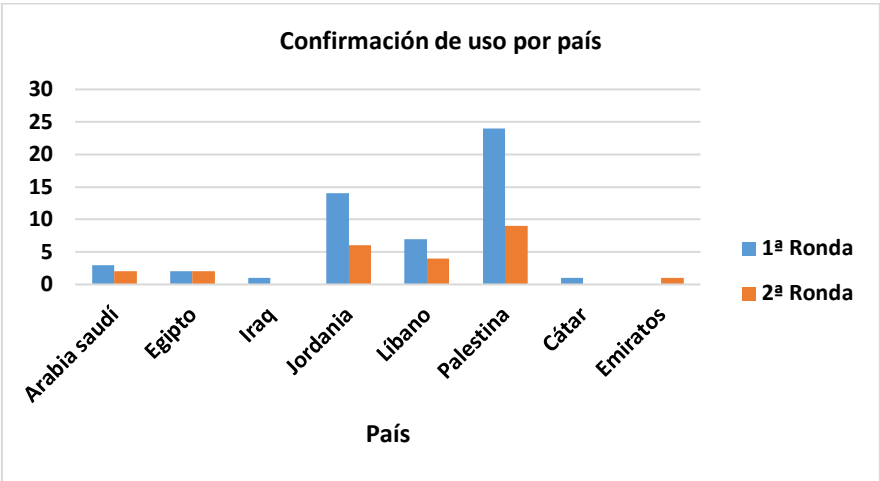
#### Perfil de los participantes que han contestado “siempre” o “casi siempre”

Los participantes que han confirmado el uso de los lenguajes enfermeros en su lugar de trabajo “siempre” o “casi siempre” en la 1ª ronda eran principalmente de Palestina con el 46.15%, de Jordania con el 26.92% y del Líbano con el 13.46%. En la 2ª ronda el 37,5% eran de Palestina, el 25% eran de Jordania y el 16,66% eran del Líbano.

El 100% de los participantes que utilizaban el lenguaje CIP, el 100% de los que utilizaban el Modelo Humanitario de Montreal y el 81,36% de los que utilizaban el NNN confirmar el uso de dichos lenguajes “siempre” o “casi siempre”.

La figura 34 muestra el número de participantes que han contestado “siempre” o “casi siempre” de cada país, y la tabla 18 muestra el porcentaje del total de los participantes de cada país.

**Figura 34:** Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por país



**Tabla 18:** El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada país.

País	Porcentaje 1ª ronda	Porcentaje 2ª ronda
Arabia Saudí	75%	100%
Egipto	100%	100%
Iraq	100%	-----
Jordania	73,68%	85,7%
Líbano	87,5%	80%
Palestina	61,54%	75%
Catar	100%	-----
EAU	0,00%	50%

El participante de EAU que ha confirmado utilizar los lenguajes enfermeros “siempre” en la 2ª ronda había confirmado no utilizarlos nunca en la 1ª ronda, eso posiblemente es

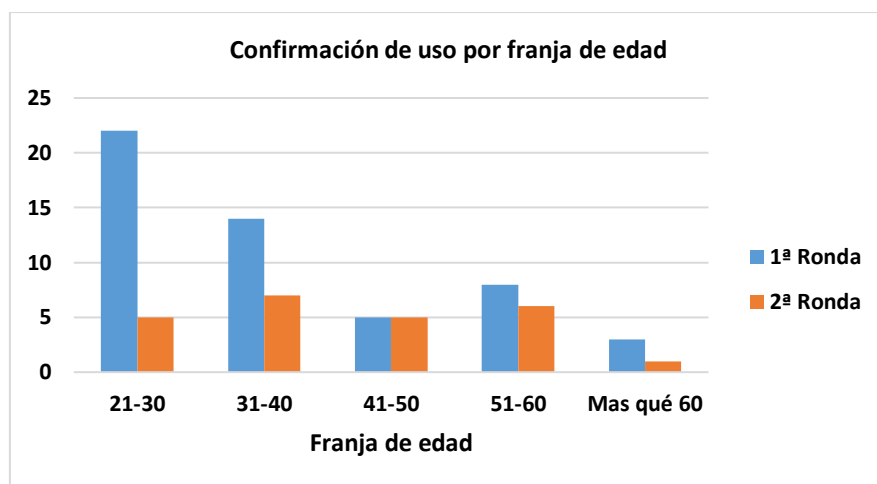
fruto de una confusión sobre los conceptos al completar el primer cuestionario y que ha sido aclarada con la comunicación de los resultados.

En la 1ª ronda el 69.22% de los que han contestado “siempre” y “casi siempre” eran menores de 40 años, divididos en el 42.30% para la franja de edad de 21-30 y el 26.92% para la franja de edad de 31-40. En la 2ª ronda el 50% eran menores de 40 años, el 45,83% de 41-60 años y el 5,16% mayores de 60 años.

El porcentaje más alto del total de los participantes de cada franja de edad era el de los que tenían más de 60 años (75% en la 1ª ronda y 100% en la 2ª); el 100% de estos participantes ocupaban puestos de docencia, estando obligados a la enseñanza teórica de los lenguajes enfermeros y a su aplicación por los alumnos en la práctica, lo cual puede explicar el alto porcentaje de uso en esta franja de edad.

La figura 35 muestra el número de participantes de cada franja de edad que han contestado “siempre” o “casi siempre”; y la tabla 19 muestra el porcentaje del total de los participantes de cada franja de edad.

**Figura 35:** Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por franja de edad



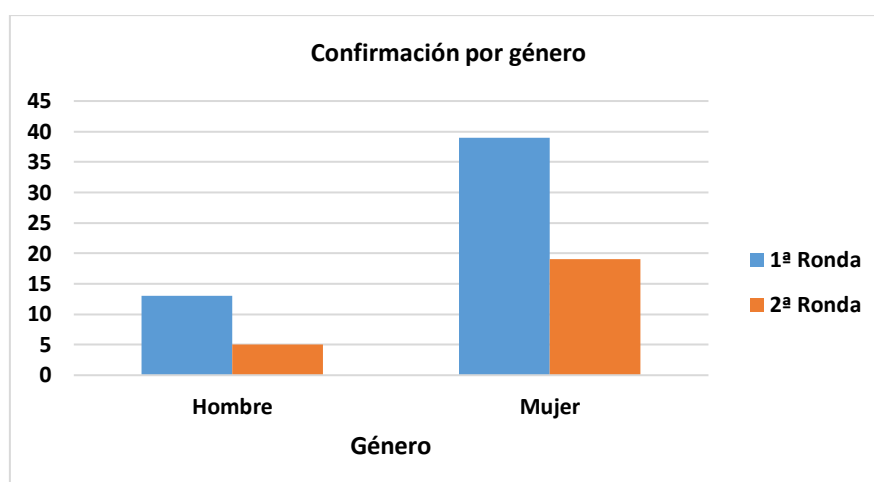
**Tabla 19:** El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada franja de edad

Edad	1ª ronda	2ª ronda
De 21-30	70,97%	71,43%
De 31-40	60,87%	87,5%
De 41-50	71,43%	83,33%
De 51-60	72,72%	85,7%
Más de 60	75%	100%

En cuanto el género, el 75% de los participantes que han confirmado el uso de los lenguajes enfermeros siempre o casi siempre en la 1ª ronda y el 79,17% en la 2ª ronda eran mujeres.

La figura 36 muestra el número de participantes de cada género que han contestado “siempre” o “casi siempre”; y la tabla 20 muestra el porcentaje de los que han confirmado del uso “siempre” o “casi siempre” del total de los participantes de cada género.

**Figura 36:** Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por género



**Tabla 20:** El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada género

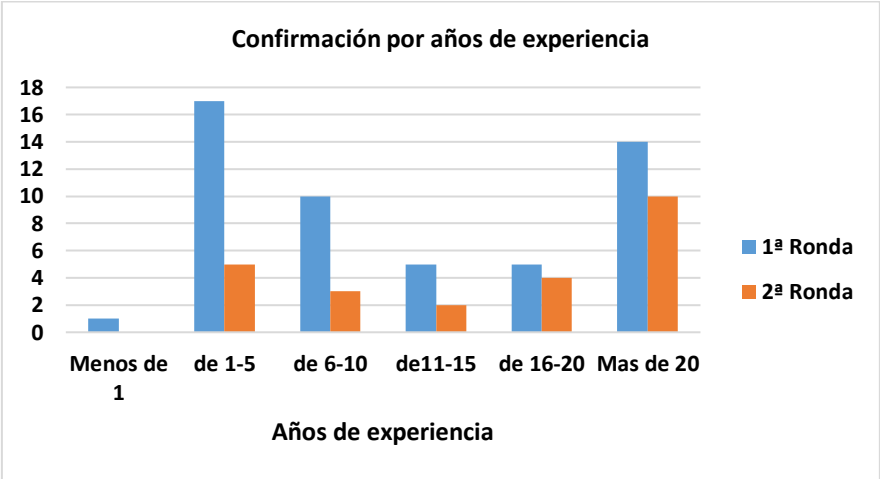
Género	1ª ronda	2ª ronda
Hombres	65%	62,5%
Mujeres	68,64%	90,48%

El 53,84% de los participantes de la 1ª ronda que usan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” tenían menos de 10 años de experiencia (de ellos el 60,7% de 1 a 5, el 35,7% de 6 a 10 y el 3,6% menos de 1 año), y el 36.54% tenían más de 15 años de experiencia (de ellos el 26,32% tenían de 16 a 20 y el 73,68% más de 20 años). En la 2ª ronda el 58,34% tenían más de 15 años de experiencia (de ellos el 71,43% tienen mas que 20 años de experiencia) y el 33,33% 10 años o menos (de ellos el 62,5% tenían de 1 a 5 años de experiencia).

La figura 37 muestra el número de participantes de cada franja de años de experiencia que han contestado “siempre” o “casi siempre”.

La tabla 21 muestra el porcentaje del total de los participantes de cada franja de años de experiencia.

**Figura 37:** Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por años de experiencia





**Tabla 21:** El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada franja de años de experiencia

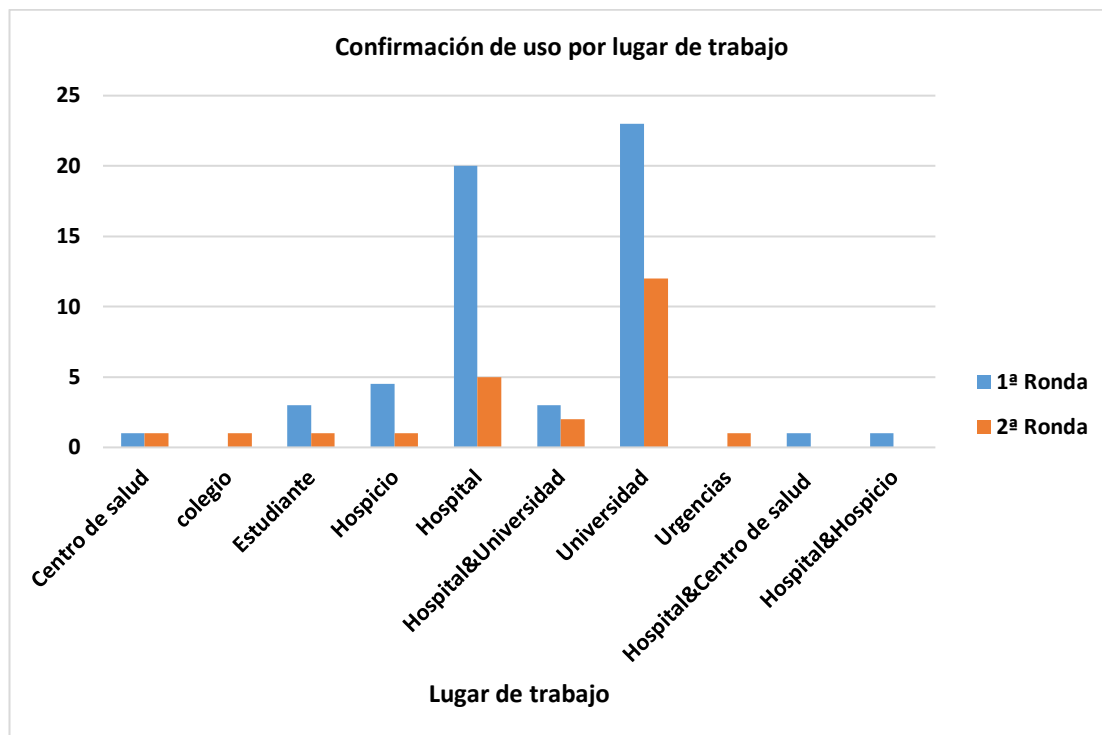
Años de experiencia	1ª ronda	2ª ronda
Menos de 1 año	100%	-----
De 1-5	68%	71,43%
De 6-10	62,5%	100%
De 11-15	83,33%	66,67%
De 16-20	62,5%	100%
Más que 20	79%	83,33%

El 44,13% de los participantes que confirmaron el uso de los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” en la 1ª ronda trabajaban en universidades y el 38,46% trabajaban en hospitales. En la 2ª ronda el 50% trabajaban en universidades y el 20,83% en hospitales.

Se nota de nuevo que los porcentajes del total de los participantes que trabajaban en universidades y del total de los estudiantes son muy altos, debido a las exigencias de los puestos de docencia y de los estudios en relación con los lenguajes enfermeros.

La figura 38 muestra el número de participantes de cada lugar de trabajo que han contestado “siempre” o “casi siempre”; y la tabla 22 muestra el porcentaje de los que han confirmado del uso “siempre” o “casi siempre” del total de los participantes de cada lugar de trabajo.

**Figura 38:** Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por lugar de trabajo



**Tabla 22:** El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada lugar de trabajo

Lugar de trabajo	1ª ronda	2ª ronda
Centro de salud	50%	100%
Colegio	0,00%	-----
Cruz roja Palestina	0,0%	-----
Estudiante	75%	100%
Hospicio	0,00%	100%
Hospital y centro de salud	100%	-----
Hospital y Hospicio	100%	-----
Hospital y instituto	0,00%	-----
Hospital	62,50%	62,5%
Hospital y universidad	75%	100%
Universidad	85,19%	92,31%
Urgencias	0,00%	100%

En cuanto al ámbito de trabajo, los participantes de la 1ª ronda ocupaban un puesto asistencial con el 36.54% y uno de docencia con el 32.69%, mientras en la 2ª ronda el 45,83% ocupaban un puesto de docencia y el 26% uno asistencial.

La figura 39 muestra el número de participantes de cada ámbito de trabajo que han contestado “siempre” o “casi siempre”; y la tabla 23 muestra el porcentaje de los que han confirmado del uso “siempre” o “casi siempre” del total de los participantes de cada ámbito de trabajo.

**Figura 39:** Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por ámbito de trabajo



**Tabla 23:** El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada ámbito de trabajo

Ámbito de trabajo	1ª ronda	2ª ronda
Asistencial/ docencia	66,67%	100%
Asistencia/docencia/gestión	100%	100%
Asistencial/docencia/gestión/investigación	100%	100%
Asistencial/docencia/investigación	0,00%	-----
Asistencial/gestión	100%	0,00%
Asistencial	57,58%	75%
Docencia/investigación	72,43%	100%
docencia	85%	91,67%
Estudiar	66,67%	100%
Gestión	66,67%	50%
Investigación	100%	-----
Urgencias	0,00%	100%

En resumen, el perfil general de los participantes que han confirmado el uso de los lenguajes enfermeros en su lugar de trabajo: en su mayoría mujeres, de Palestina, Jordania y el Líbano, menores de 40 años en la 1ª ronda y participación casi igual de todas las franjas de edad en la 2ª ronda, con experiencia de 1 a 5 años y más de 20 años, trabajaban en hospitales y universidades y ocupaban puestos asistenciales y de docencia.

Como hemos mencionado antes, el perfil es muy parecido al perfil general de participación en los dos cuestionarios por el predominio de algunos países y de algunas franjas de edad.

Al correlacionar esta confirmación con las opiniones en otras preguntas, hemos encontrado que el 55,77% de estos participantes utiliza registros electrónicos de enfermería, el 36,54% manuales y el 7,69% mixtos; y que el 76,92% confirmaron que el manejo de los registros de enfermería es fácil; el 84,61% confirmaron que el lenguaje

utilizado es comprensible y fácil de aplicar y el 78,85% confirmaron que se ajusta a las necesidades culturales del paciente árabe.

Nos llama la atención que a pesar de que el lenguaje más utilizado es el NNN y las anteriores confirmaciones de la facilidad de su comprensión y aplicación, la gran mayoría de estos participantes confirmaron que las definiciones de los tres diagnósticos del ATIC son completas y correctas, y el 61,54% tradujeron “tristeza-Hozn” como equivalente a “duelo”, lo que muestra quizá falta de dominio y comprensión del NNN.

#### Perfil de los participantes que han confirmado usar los lenguajes enfermeros “a veces”

Los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “a veces” representan el 14,47% del total de los participantes de la 1ª ronda y el 17,24% de los de la 2ª.

En la 1ª ronda eran en su mayoría de Palestina con el 72,73% de ellos (87,5% tenían entre 21-30 años, 75% eran mujeres, 87,5% tenían entre 1 y 5 años de experiencia, 75% trabajaban en hospitales y el 87,5% ocupaban un puesto asistencial), el 72,73% eran mujeres, el 72,73 trabajaban en hospitales, el 81,82% ocupaban un puesto asistencial, el 63,64% tenían entre 1 y 5 años de experiencia y el 63,64% tenían entre 21 y 30 años.

En la 2ª ronda eran en su mayoría de Palestina también con el 60% de ellos (66,67% eran hombre, el 66,67% tenían entre 21 y 30 años, el 66,67% tenían entre 1 y 5 años de experiencia, el 66,67% trabajaban en hospitales y el 66,67% ocupaban un puesto asistencial).

Utilizar los lenguajes enfermeros “a veces” es un fenómeno interesante y merece ser investigado, y está en línea con la confirmación de los directores de enfermería de que el uso de los lenguajes enfermeros en su lugar de trabajo no es formal ni unificado.

Las preguntas del cuestionario no aportan información que ayude a averiguar si el uso “a veces” es un comportamiento individual o institucional, es decir, ¿es la práctica del participante y quizá algunos compañeros más o es lo que proporcionan y permiten aplicar las normas del lugar de trabajo?

#### Perfil de los participantes que han confirmado no usar los lenguajes enfermeros “nunca”

En la 1ª ronda el 15.79% de los participantes confirmaron no utilizar los lenguajes enfermeros nunca.

El 58.33% eran de Palestina, el 50% tenían menos de 40 años, el 66,67% eran mujeres, el 50% tenían más de 20 años de experiencia, el 33,33% trabajaban en hospitales y el 41,67% ocupaban un puesto asistencial.

El perfil de estos participantes no es distinto al de que han confirmado el uso de los lenguajes enfermeros, salvo por la presencia del 50% de los que tenían más de 20 años de experiencia; este grupo cuenta con 6 participantes que trabajaban en los siguientes lugares de trabajo: colegio, centro de salud, universidades, Cruz Roja Palestina y hospital más universidad; ocupando puestos de docencia, gestión, docencia más investigación, asistencial más docencia y asistencial. El lugar del trabajo y el ambiente de trabajo parecen ser la razón por la que estos participantes no usan nunca los lenguajes enfermeros.

En la 2ª ronda ningún participante confirmó no utilizar nunca los lenguajes enfermeros.

No hemos encontrado ningún estudio sobre el uso de los lenguajes enfermeros en el mundo árabe o la relación de su uso con la edad o con los años de experiencia.

A nivel internacional, los resultados de los estudios son muy variables, como ejemplos: el resultado de un estudio realizado para explorar el conocimiento y el uso de los lenguajes enfermeros entre los alumnos de enfermería del Centro Federal Médico de Nigeria, en lo cual participaron 250 enfermeros/as, mostró que no hay una diferencia significativa entre los años de experiencia o la cualificación de los enfermeros/as y el nivel de conocimiento sobre los lenguajes enfermeros estandarizados. (166)

Los resultados de otro estudio realizado en México para explorar los factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en los servicios hospitalarios revelaron que no hay relación significativa entre edad, años de experiencia y nivel de aplicación del proceso de enfermería. (186)

El Estudio de Reina reporta que, “en ciertas instituciones de salud, existe un vacío en relación con el manejo del proceso de enfermería, debido a que la época en que se empezó la enseñanza de éste fue en los años 80 y 90; por lo tanto, la edad de los encuestados juega un rol importante en la aplicación del proceso de atención de enfermería en los lugares de trabajo. Muchos profesionales de enfermería no llegaron a conocerlo en su formación de pregrado, por lo que las coordinadoras y directoras de los departamentos no lo dominan en profundidad. En este estudio se evidenció una diferencia de conocimiento entre los profesionales con más de 15 años de ejercicio profesional vs. los de menos de 10 años,

un alto porcentaje del primer grupo identifica correctamente las etapas del proceso, no así la estructura de un diagnóstico. El grupo de profesionales con menos de 10 años de ejercicio profesional conoce tanto las etapas del proceso como la estructura de un diagnóstico”. Y que “algunos estudios establecen que tener más de cuatro años de ejercicio profesional en institución hospitalaria privada se comporta como un factor de riesgo para que los enfermeros apliquen el proceso de atención de enfermería”. (165,187)

Otro estudio sobre los factores de riesgo para no aplicar el proceso de enfermería confirma los siguiente: falta de tiempo, carga de trabajo, ser menor de 33 años, pertenecer a una institución privada, invertir mucho tiempo en la revisión y actualización de la historia clínica, estar asignado exclusivamente a la administración de medicamentos y tener más de 4 años de experiencia.(188)

Los resultados de esta investigación coinciden más con que los jóvenes y con menos años de experiencia utilizan con más frecuencia los lenguajes enfermeros. La alta presentación de los que tenían más de 20 años de experiencia en la 2ª ronda de este estudio quizá se deba a su trabajo en la universidad, que les obliga a utilizar dichos lenguajes en la enseñanza y en la práctica con los alumnos.

El alto porcentaje de confirmación del uso “siempre” o “casi siempre” se contradice con la opinión de los/as directores/as de enfermería en las entrevistas, y con muchos estudios publicados que confirman un uso limitado y no estandarizado de los lenguajes enfermeros en muchos dispositivos sanitarios.

Los resultados de un estudio sobre el conocimiento del uso clínico de la metodología enfermera NNN reveló que “un gran porcentaje de los encuestados refiere no utilizar las clasificaciones NIC y NOC, en sus lugares de trabajo. Esto coincide con los resultados del estudio de Caballero, que revela el bajo uso de los sistemas de clasificación en la práctica clínica”. (165)

Otro estudio realizado para explorar los factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización en México, con una muestra de 44 enfermeros /as mostró que el nivel de aplicación de las etapas del proceso de enfermería es muy bajo y no alcanza el 50%. (186)

Según otro trabajo de investigación realizado en 2014 en Chile con el objetivo de determinar los factores que se relacionan con el uso del proceso y terminología clínica por enfermeros/as colegiados/as, con una muestra de 3000 enfermeras/os, “el 59,8% declaró usar el proceso de enfermería y el 39% usar la NANDA internacional (I y II). Un

41,7% señaló conocer a la NANDA, pero no usarla. Porcentajes similares se observaron en NIC y NOC donde el 41% y el 43% respectivamente lo conocían, pero no lo usaban”.<sup>(169)</sup>

Un estudio realizado en 2011 en cinco hospitales psiquiátricos de Cataluña, Galicia y el País Vasco con el motivo de identificar las taxonomías enfermeras utilizadas confirma que todos los centros utilizan la taxonomía diagnóstica de la NANDA y ninguno de los cinco centros aplica ni la NOC y la NIC. <sup>(189)</sup>

En cuanto al lenguaje enfermero utilizado en su lugar de trabajo, el 77,63% de los participantes utilizaban la NNN, el 17,11% ninguno, el 3,95% el ICNP, el 1,32% el Modelo de Cuidado Humanista de la Universidad de Montreal y ninguno utilizaba el lenguaje ATIC. (Tabla 24)

**Tabla 24:** Los lenguajes enfermeros utilizados

Lenguaje enfermero	1ª Ronda	Porcentaje
NNN	59	77,63%
ATIC	0	0,00%
ICNP	3	3,95%
Ninguno	13	17,11%
Modelo de cuidado humanista de la Universidad de Montreal	1	1,32%
Total	76	100,00%

Nos llama la atención que 13 participantes han confirmado no utilizar ningún lenguaje enfermero en su lugar de trabajo, mientras solo 12 confirmaron lo mismo en la primera pregunta. Pensamos que esto puede ser el resultado de una confusión sobre el tema por parte de uno de los participantes (esta participante era una enfermera de Palestina, tiene entre 21 y 30 años, trabaja en un hospital en un puesto asistencial, tiene entre 1 y 5 años de experiencia y ha confirmado en la 1ª pregunta utilizar los lenguajes enfermeros “a veces”).

El resto de los participantes que han confirmado no utilizar ningún lenguaje enfermero tienen el mismo perfil de los que han confirmado lo mismo en la 1ª pregunta.

Dos de los participantes que utilizan el ICNP eran de Palestina y uno de El Líbano, y el participante que utiliza el Modelo Humanista de la Universidad de Montreal era también libanés. (Tabla 25, 26, 27, 28, 29, 30)



**Tabla 25:** Porcentaje de confirmación del uso del NNN del total de los participantes de cada País

País	Porcentaje del total
<b>Palestina</b>	74,36%
<b>Arabia Saudí</b>	75%
<b>Egipto</b>	100%
<b>Jordania</b>	89,47%
<b>EAU</b>	50%
<b>Líbano</b>	62,5%
<b>Catar</b>	100%
<b>Iraq</b>	100%

**Tabla 26:** Porcentaje de uso del NNN del total de cada franja de edad

Franja de edad	Porcentaje del total
<b>21-30</b>	80,65%
<b>31-40</b>	82,61%
<b>41-50</b>	71,42%
<b>51-60</b>	63,64%
<b>Más de 60</b>	75%

**Tabla 27:** Porcentaje de uso del NNN del total de cada género

Género	Porcentaje del total
<b>Femenino</b>	82,14%
<b>Masculino</b>	65%

**Tabla 28:** Porcentaje de uso del NNN del total de cada franja de años de experiencia

Años de experiencia	Porcentaje del total
Menos de 1	100%
1-5	88%
6-10	62,5%
11-15	100%
16-20	87,5%
Más de 20	65%

**Tabla 29:** Porcentaje de uso del NNN del total de cada lugar de trabajo

Lugar de trabajo	Porcentaje
Centro de salud	50%
Colegio	0,00%
Cruz Roja Palestina	0,00%
Estudiante	100%
Hospicio	100%
Hospital y centro de salud	100%
Hospital y hospicio	100%
Hospital e instituto	100%
Hospital	75%
Hospital y universidad	75%
Universidad	85,19%
Urgencias	0,00%

**Tabla 30:** Porcentaje de uso del NNN del total de cada ámbito de trabajo

Ámbito de trabajo	Porcentaje
Asistencial y Docencia	66,67%
Asistencial y Docencia y Gestión	100%
Asistencial y Docencia y Gestión e Investigación	100%
Asistencial y Docencia e Investigación	100%
Asistencial y Gestión	100%
Asistencial	75,76%
Docencia e Investigación	57,14%
Docencia	90%
Estudios	100%
Gestión	33,33%
Investigación	100%
Urgencias	0,00%

El resultado de esta pregunta está en línea con los resultados de las entrevistas y con los estudios publicados que confirman la adopción del NNN en la mayoría de los países del mundo.

Un estudio realizado para explorar el conocimiento y el uso de los lenguajes enfermeros entre los alumnos de enfermería en el Centro Federal Médico de Nigeria, en lo cual participaron 250 enfermeros/as, mostraron que los enfermeros/as tienen escasos conocimientos sobre los lenguajes enfermeros, y que están mayormente familiarizados con la NANDA; la misma observación ha sido confirmada en otros estudios como los de: Gusen (2016), Olaogun (2011) y Thede (2011). <sup>(166)</sup>

Al preguntar si el lenguaje enfermero utilizado en su lugar de trabajo es comprensible y fácil de aplicar, no hemos conseguido el consenso en la 1ª ronda, la suma de los que estaban “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” era del 68,42% y los que han confirmado

estar “indiferentes” eran del 23,68%; el consenso ha sido conseguido en la 2ª ronda con el 93,10%. (Tabla 31)

**Tabla 31:** Acuerdo sobre si el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar

	1ª Ronda	Porcentaje	2ª Ronda	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	18	23,68%	15	51,72%
De acuerdo	34	44,74%	12	41,38%
Indiferente	18	23,68%	0	0,00%
En desacuerdo	2	2,63%	2	6,90%
Totalmente en desacuerdo	4	5,26%	0	0,00%
Total	76	100,00%	29	100,00%

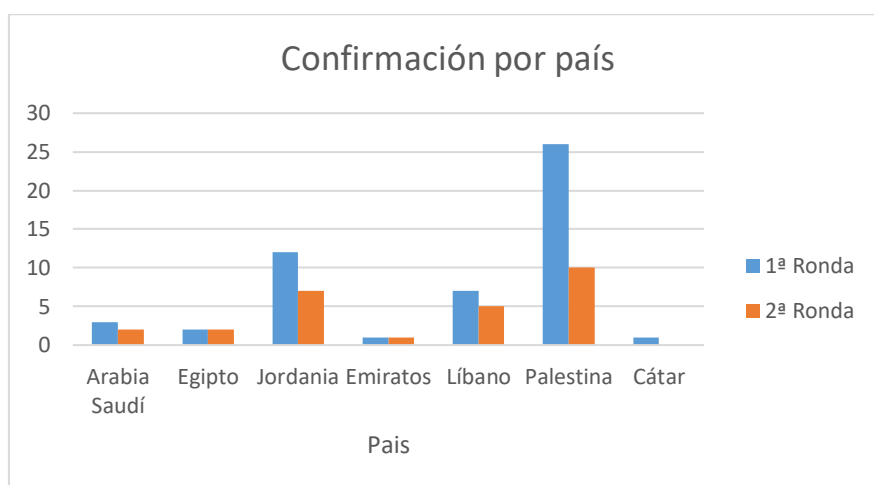
Perfil de los participantes que confirmaron que el lenguaje enfermero utilizado en su lugar de trabajo es comprensible y fácil de aplicar:

En la 1ª ronda el 50% de los participantes eran de Palestina, el 23,08% de Jordania, el 13,46% de El Líbano, el 5,77% de Arabia Saudí, el 3,85% de Egipto, el 1,95% de EAU y el 1,95% Catar.

En la 2ª ronda el 37,04% eran de Palestina, el 25% de Jordania, el 18,52% del Líbano, el 7,4% de Egipto y con igual participación de Arabia Saudí y el 3,7% de los EAU.

La figura 40 muestra la confirmación por País de que el lenguaje utilizado es comprensible y fácil de aplicar y la tabla 32 el porcentaje de participación del total de cada país.

**Figura 40:** Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por país



**Tabla 32:** Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada país

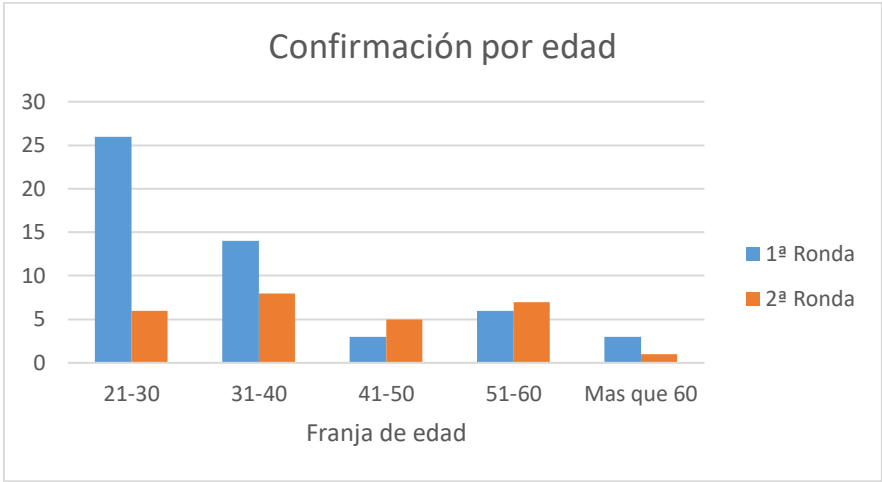
País	1ª ronda	2ª ronda
<b>Palestina</b>	66,67%	83,33%
<b>Jordania</b>	63,16	100%
<b>Líbano</b>	100%	100%
<b>Arabia Saudí</b>	75%	100%
<b>EAU</b>	50%	100%
<b>Egipto</b>	100%	100%
<b>Catar</b>	50%	-----

Los participantes en la 1ª ronda eran en su mayoría menores de 40 años, con una participación del 76,90% (de ellos el 65 % tenían de 21 a 30 y el 35% entre 31 y 40) y representan el 72,73% del total de los participantes menores de 40 años; destacamos también que el 75% de los participantes mayores de 60 años están de acuerdo con esta confirmación.

En la 2ª ronda el 51,85% eran menores de 40 años, el 29,63% mayores de 51 y el 18,52% entre 41 y 50 años.

La figura 41 muestra la confirmación por franja de edad y la tabla 33 el porcentaje de participación del total de cada franja de edad.

**Figura 41:** Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por franja de edad



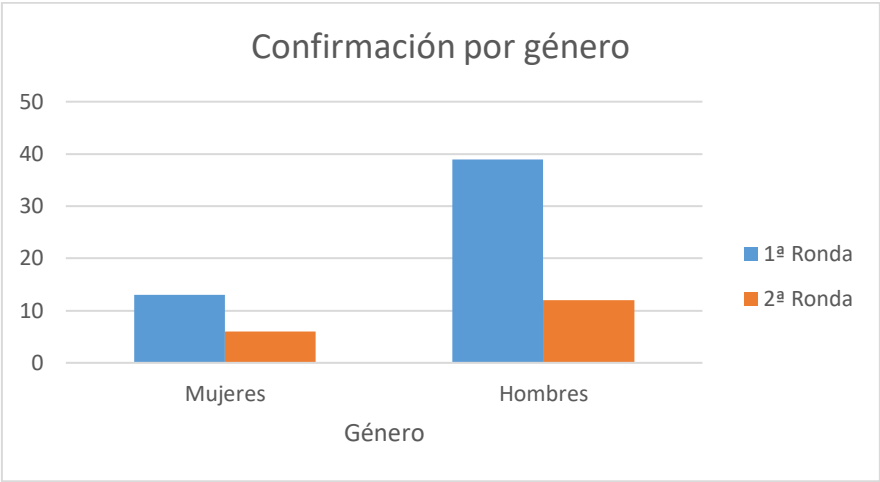
**Tabla 33:** Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada franja de edad

Franja de edad	1ª ronda	2ª ronda
21-30	83,87%	85%
31-40	60,87%	100%
41-50	42,86%	83,33%
51-60	54,55%	100%
Más de 60	75%	100%

El 75% de los participantes en la 1ª ronda y el 70% en la 2ª eran mujeres.

La figura 42 muestra la confirmación por género y la tabla 34 el porcentaje de confirmación del total de cada género.

**Figura 42:** Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por género



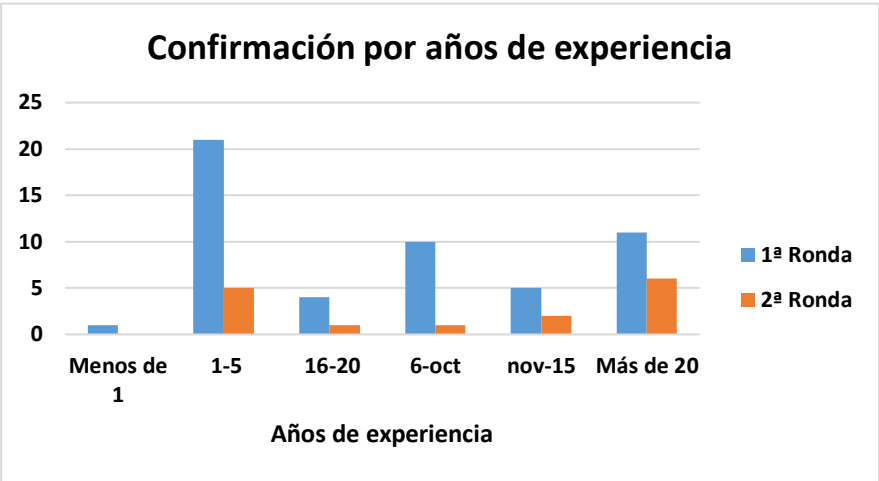
**Tabla 34:** Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada género

Género	1ª ronda	2ª ronda
Femenino	69,64%	90,48%
Masculino	65%	100%

En cuanto a los años de experiencia, en la 1ª ronda el 61,53% tenían menos de 10 años de experiencia (de ellos el 67,74% entre 1 y 5 años) y el 28,07% más de 16 (de ellos el 73,33% con más de 20), mientras en la 2ª ronda el 55,56% tenían más de 16 años de experiencia (de ellos el 80% con más de 20) y el 33,33% menos de 10 (de ellos el 66,67% tenían entre 1 y 5 años de experiencia).

La figura 43 muestra la confirmación por años de experiencia y la tabla 35 el porcentaje de del total de cada franja de años de experiencia.

**Figura 43:** Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por años de experiencia



**Tabla 35:** Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada franja de años de experiencia

Años de experiencia	1ª ronda	2ª ronda
Menos de 1	100%	-----
1-5	84%	85,71%
6-10	62,5%	100%
11-15	83,33%	100%
16-20	50%	75%
Más de 20	55%	100%

El 40,38% en la 1ª ronda y el 25,93% en la 2ª trabajaban en hospitales y el 36,53% en la 1ª ronda y el 44,44% en la 2ª trabajaban en universidades.

Nos llama la atención que uno de los participantes que trabajaban en centro de salud y que ha confirmado no utilizar ningún lenguaje enfermero en su lugar de trabajo ha confirmado que es comprensible y fácil de aplicar, otra observación que muestra la posible confusión en relación con los lenguajes enfermeros.



La figura 44 muestra la confirmación por lugar de trabajo y la tabla 36 el porcentaje del total de cada lugar de trabajo.

**Figura 44:** Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por lugar de trabajo



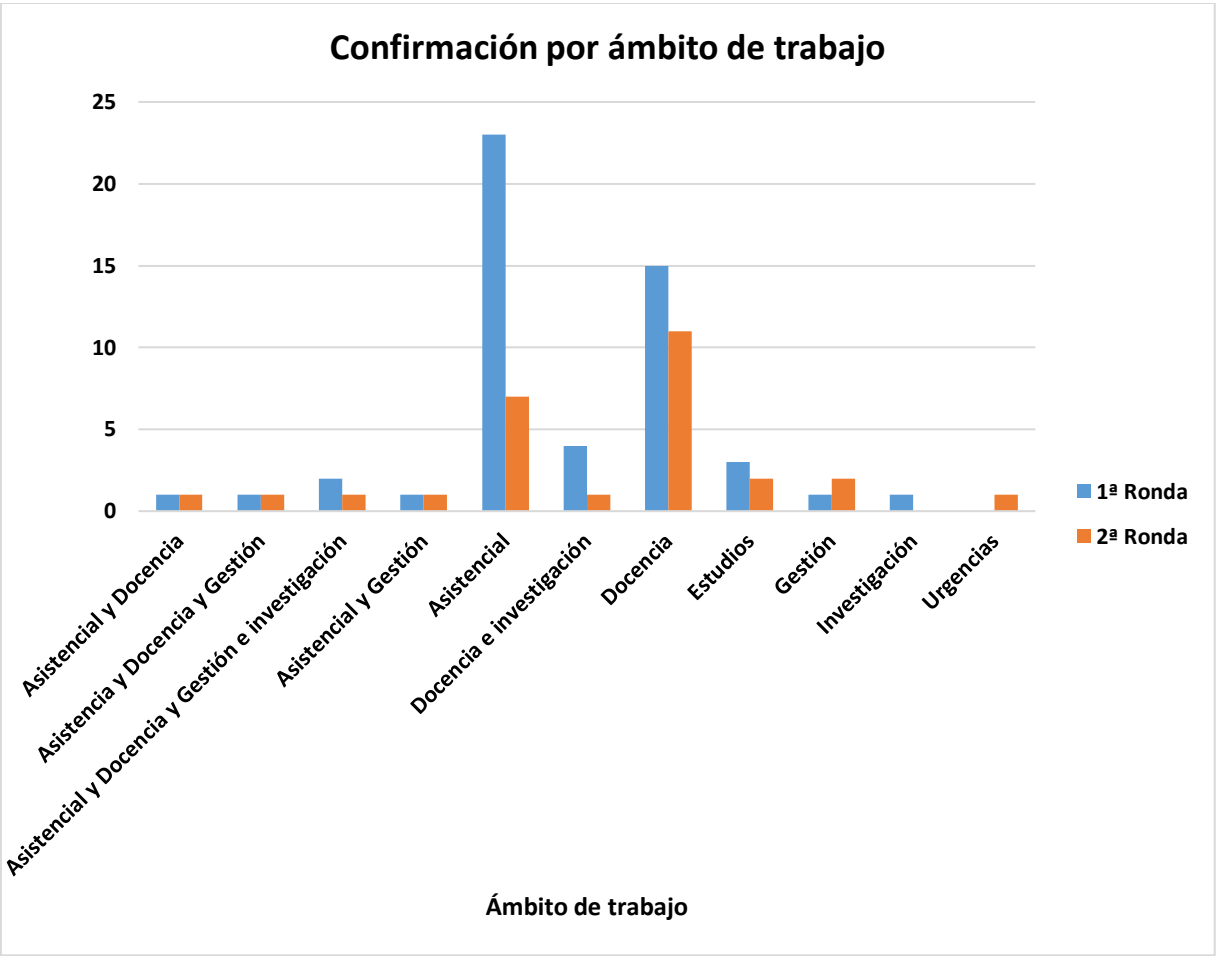
**Tabla 36:** Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada lugar de trabajo

Lugar de trabajo	1ª ronda	2ª ronda
Centro de salud	50%	100%
colegio	0,00%	100%
Cruz Roja	0,00%	-----
Estudios	100%	100%
Hospicio	100%	100%
Hospital y centro de salud	100%	-----
Hospital y hospicio	100%	100%
Hospital e instituto	100%	-----
Hospital	65,63%	87,5%
Hospital y universidad	75%	100%
Universidad	70,37%	92,31%
Urgencias	0,00%	100%

En la 1ª ronda el 44,23% ocupan un puesto asistencial y el 28,85 un puesto de docencia, mientras que en la segunda el 25,92% ocupan un puesto asistencial y el 40,74% uno de docencia.

La figura 45 muestra la confirmación por ámbito de trabajo y la tabla 37 el porcentaje del total de cada ámbito de trabajo.

**Figura 45:** Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por ámbito de trabajo



**Tabla 37:** Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada ámbito de trabajo

Ámbito de trabajo	1ª ronda	2ª ronda
Asistencial y docencia	33,33%	100%
Asistencial y docencia y gestión	100%	100%
Asistencial y docencia y gestión y investigación	100%	100%
Asistencial y gestión	100%	100%
Asistencial	69,70%	87,5%
Docencia y investigación	57,14%	100%
Docencia	75%	91,67%
Estudios	100%	100%
Gestión	33,33%	100%
investigación	100%	-----
Urgencias	0,00%	100%
Asistencial y Docencia e Investigación	0,00%	0,00%

Consideramos importante aclarar que de los dieciocho participantes que tuvieron una opinión indiferente sobre esta pregunta once participantes han confirmado no utilizar ningún lenguaje enfermero en su lugar de trabajo, por lo tanto, no forman parte del perfil de esta categoría puesto que la opinión indiferente era la única opción adecuada para ellos.

Los siete participantes con opinión indiferente sobre esta pregunta representan el 9,2% del total de los participantes; estos participantes confirmaron utilizar la NNN en su lugar de trabajo, eran de Iraq con el 14,29%, de Palestina con el 57,14% y de Jordania con el 28,57%, el 71,42% eran mujeres, el 57,14% menores de 40 años, el 71,42% trabajan en hospitales, el 42,86% ocupan un puesto asistencial y la mitad tenían más de 16 años de experiencia (el 75% de ellos con más de 20) y la otra mitad menos de 10.

La opinión de los participantes parece incoherente si la comparamos con sus contestaciones a otras preguntas; el 76,92% de estos participantes confirmaron que una versión de los lenguajes enfermeros en árabe mejoraría su comprensión, lo cual indica

que existen carencias en su comprensión relacionadas con el idioma; el 42,30% confirmaron que el nivel del inglés de los enfermeros es medio-bajo, lo cual supone una dificultad de comprensión del NNN; el 59,62% confirmaron que el uso de un lenguaje no materno genera lagunas en la comunicación y la documentación, esto implica cierta dificultad en la aplicación y el manejo del NNN.

El resultado de esta pregunta no coincide con la opinión de los directores en las entrevistas, ni con muchos estudios que confirman dificultades y limitaciones del uso del NNN.

Los directores de enfermería entrevistados confirmaron que sufren una frustración relacionada con la falta de comprensión del NNN de los/as enfermeros/as y de la complejidad de su aplicación, y destacaron algunas limitaciones del uso de dicho lenguaje: consume mucho tiempo, no refleja la realidad del cuidado de enfermería, es muy general y no aborda las necesidades de las áreas de especialización, está en inglés y necesita ser adaptado a las necesidades culturales del paciente y el/la enfermero/a árabe.

En un estudio realizado en Jordania en 2014 para determinar la percepción y la actitud de los estudiantes de enfermería hacia los diagnósticos de la NANDA I, los resultados mostraron una percepción correcta y una actitud positiva, pero con insuficiencia para distinguir entre los diagnósticos de enfermería y los diagnósticos médicos, y que los encuestados no eran capaces de enfatizar la importancia de desarrollar y separar las intervenciones de enfermería de la atención médica. Esto se debe a la incapacidad de determinar las necesidades del paciente desde el punto de vista de la profesión de enfermería, que a su vez se debe a la falta de conocimiento de los términos de enfermería y a la percepción de la enfermería como profesión asistente de la médica en vez de complementaria al resto de las profesiones de salud. <sup>(190)</sup>

Un proyecto de investigación desarrollado en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga revela cierta dificultad en el entendimiento y manejo de los términos nuevos incluidos en las taxonomías. <sup>(191)</sup>

Los estudios informan de deficiencias en la precisión en la documentación de los diagnósticos de enfermería y en la vinculación de estos a las intervenciones y resultados. (Bartholomeyczik, 2004; Florin, Ehrenberg y Ehnfors 2005). <sup>(192)</sup>

“La NANDA es la taxonomía más utilizada y la que contiene el mejor vocabulario diagnóstico; sin embargo, su uso no es universal y muchos estudios han señalado problemas para su implementación en la práctica clínica; primero: las etiquetas diagnósticas de esta taxonomía son demasiado complejas y abstractas o insuficientemente específicas para reflejar correctamente el juicio enfermero sobre el estado del paciente; segundo: los pioneros desarrolladores de esta taxonomía no tenían como objetivo diseñar un vocabulario controlado y compatible para sistemas informáticos, sino demostrar la autonomía de la profesión de enfermería y diferenciarla de la medicina y otras profesiones de salud, promocionar el pensamiento crítico entre las/los enfermeras/os e introducir un método sistemático que refleja un enfoque individualizado de enfermería en el cuidado del paciente ”. (193)

Un estudio sobre la actitud de los/las enfermeros/as del cuidado preoperatorio hacia el uso de los diagnósticos de enfermería en la documentación reveló que no creían que su uso fuese necesario ni correcto para describir los problemas de los pacientes; además, consideraban que la documentación en su ámbito de trabajo es frustrante y consume mucho tiempo. (194)

En relación con la afirmación “El lenguaje enfermeros utilizada en mi lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes” no hemos conseguido el consenso en la primera ronda, y esta pregunta formó parte del cuestionario de la segunda.

El 48,68% de los participantes de la 1ª ronda y el 79,31% de la segunda estaban “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” con esta afirmación. (Tabla 38)

**Tabla 38:** Opiniones sobre si el lenguaje enfermero en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales del paciente árabe

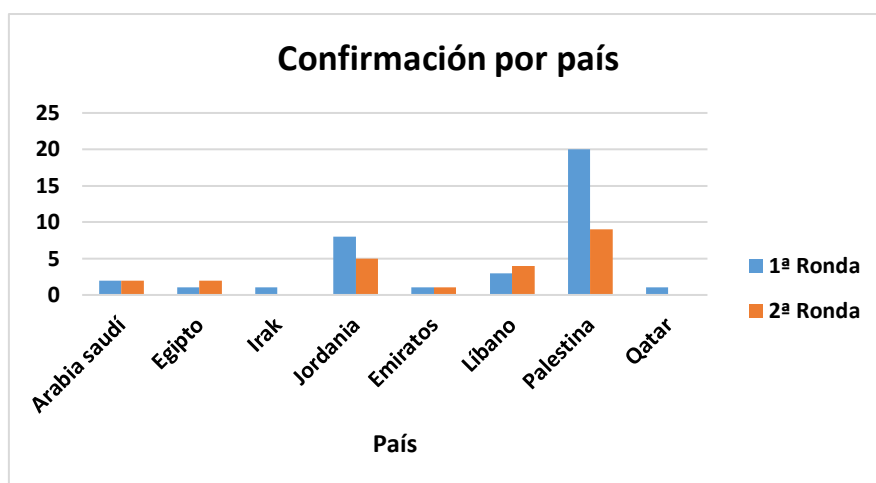
	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	9	11,84%	5	17,24%
<b>De acuerdo</b>	28	36,84%	18	62,07%
<b>Indiferente</b>	25	32,89%	2	6,90%
<b>En desacuerdo</b>	10	13,16%	3	10,34%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	4	5,26%	1	3,45%
<b>Total</b>	76	100,00%	29	100,00%

### Perfil de los participantes que están “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”

En cuanto al país, en la 1ª ronda el 54,05% eran de Palestina y el 21,62% de Jordania; y en la 2ª ronda el 39,13% eran de Palestina, el 21,74% de Jordania y el 17,39% del Líbano.

La figura 46 muestra el número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por país y la tabla 39 el porcentaje de confirmación de acuerdo del total de los participantes de cada país.

**Figura 46:** Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por país



**Tabla 39:** Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada País

Porcentaje	1ª ronda	2ª ronda
Arabia Saudí	50%	100%
Egipto	50%	100%
Iraq	100%	-----
Jordania	42,11%	71,43%
EAU	50%	100%
Líbano	37,5%	80%
Palestina	51,28%	75%
Catar	100%	-----

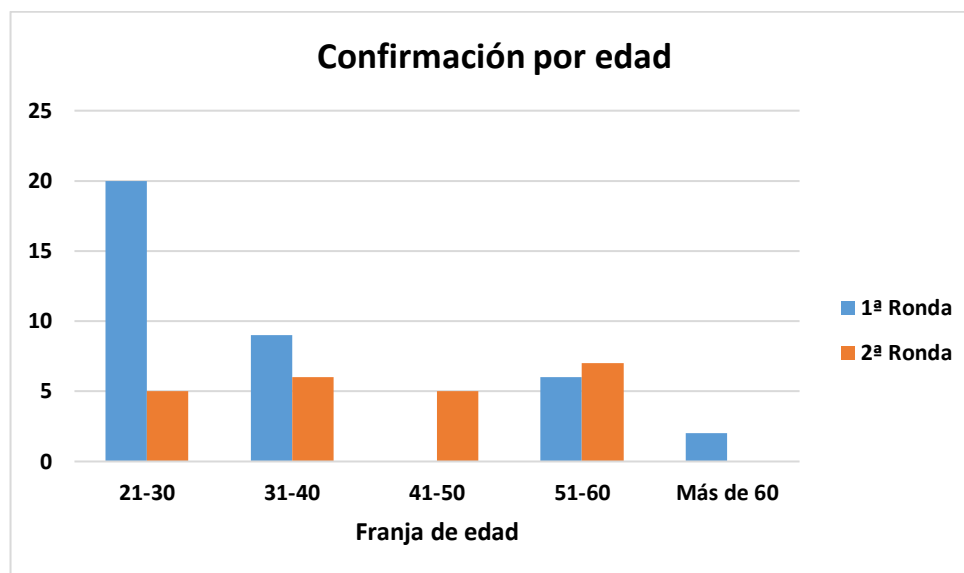
En cuanto a la edad de los participantes que estaban de acuerdo con la confirmación de la pregunta en la 1ª ronda, el 78,42% eran menores de 40 años y el 21,63% mayores de 50, con participación nula de la franja de edad de 41 a 50 años.

En la 2ª ronda el 47,83% eran menores de 40 años, el 30,44% de 51 a 60 y el 21,74% de 41-50, con una participación nula de los que tenían más de 20 años.

Se nota que el porcentaje de consenso de parte de los jóvenes es más alto que lo de los más mayores, quizá porque existen diferencias en la perspectiva de la cultura y las necesidades culturales entre ambos, o porque los años de experiencia de los más mayores le permite valorar la situación de manera distinta.

La figura 47 muestra la confirmación de la pregunta por franja de edad y la tabla 40 el porcentaje de participación del total de cada franja de edad.

**Figura 47:** Número de participantes que estaban “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por franja de edad



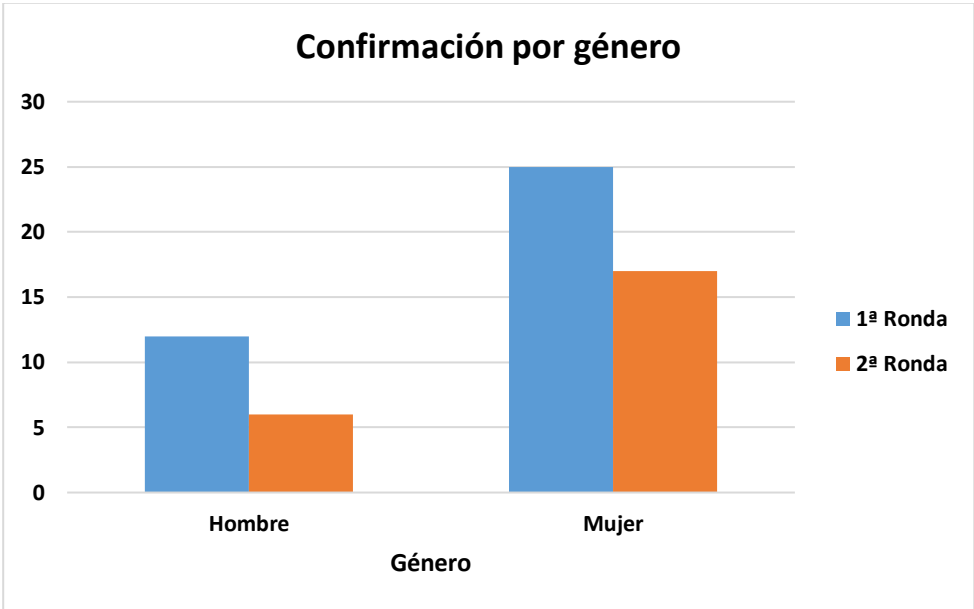
**Tabla 40:** Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada franja de edad

Franja de edad	1ª ronda	2ª ronda
21-30	64,52%	49,3%
31-40	39,13%	75%
41-50	0,00%	83,33%
51-60	54,55%	100%
Más que 60	50%	0,00%

El 67,57% de lo participantes en la 1ª ronda y el 73,91% en la 2ª eran mujeres.

La figura 48 muestra la confirmación por género y la tabla 41 el porcentaje de participación del total de cada género.

**Figura 48:** Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por género





**Tabla 41:** Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada género

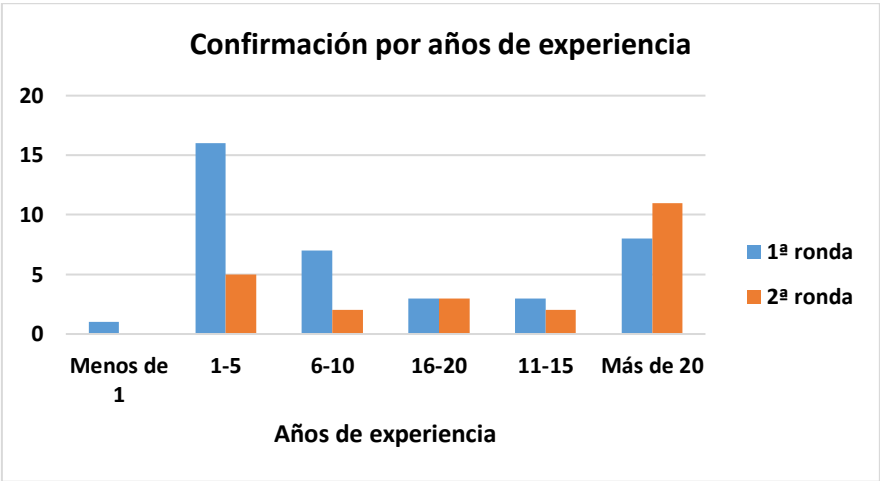
Género	1ª ronda	2ª ronda
Femenino	60%	75%
Masculino	44,64%	80,95%

El 62,16% de los participantes de la 1ª ronda y el 30,44% de la segunda tenían menos de 10 años de experiencia, mientras los que tenían más que 16 años eran el 29,74% en la 1ª ronda y el 56,53% en la segunda, y los que tenían entre 11-15 años de experiencia en la 1ª ronda representan el 8,12% y en la segunda el 13,04%.

La figura 49 muestra la confirmación por años de experiencia y la tabla 42 el porcentaje del total de cada franja de años de experiencia.

A excepción de la franja de años de experiencia de más de 20 años, parece que cuantos menos años de experiencia tenían los participantes más porcentaje de ellos estaban de acuerdo con que el lenguaje enfermero utilizado se ajusta a las necesidades culturales del paciente árabe. Igual como la edad, esto puede ser debido a diferentes percepciones de las necesidades culturales, o a los años de experiencia que permiten tener una opinión más cercana a la realidad.

**Figura 49:** Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por años de experiencia



**Tabla 42:** Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada franja de años de experiencia

Años de experiencia	1ª ronda	2ª ronda
Menos de 1 año	0,00%	0,00%
De 1 a 5 años	43,24%	21,74%
De 6 a 10 años	18,92%	8,70%
De 11 a 15 años	8,12%	13,04%
De 16 a 20 años	8,12%	8,70%
Más de 20 años	21,62%	47,83%

El 32,43% de los participantes en la primera ronda y el 47,83% en la segunda trabajaban en universidades y el 51,35% en la 1ª ronda y el 26,10% en la segunda trabajaban en hospitales.

La figura 50 muestra la confirmación por lugar de trabajo y la tabla 43 el porcentaje del total de los participantes en cada lugar de trabajo.

**Figura 50:** Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo”) con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por lugar de trabajo



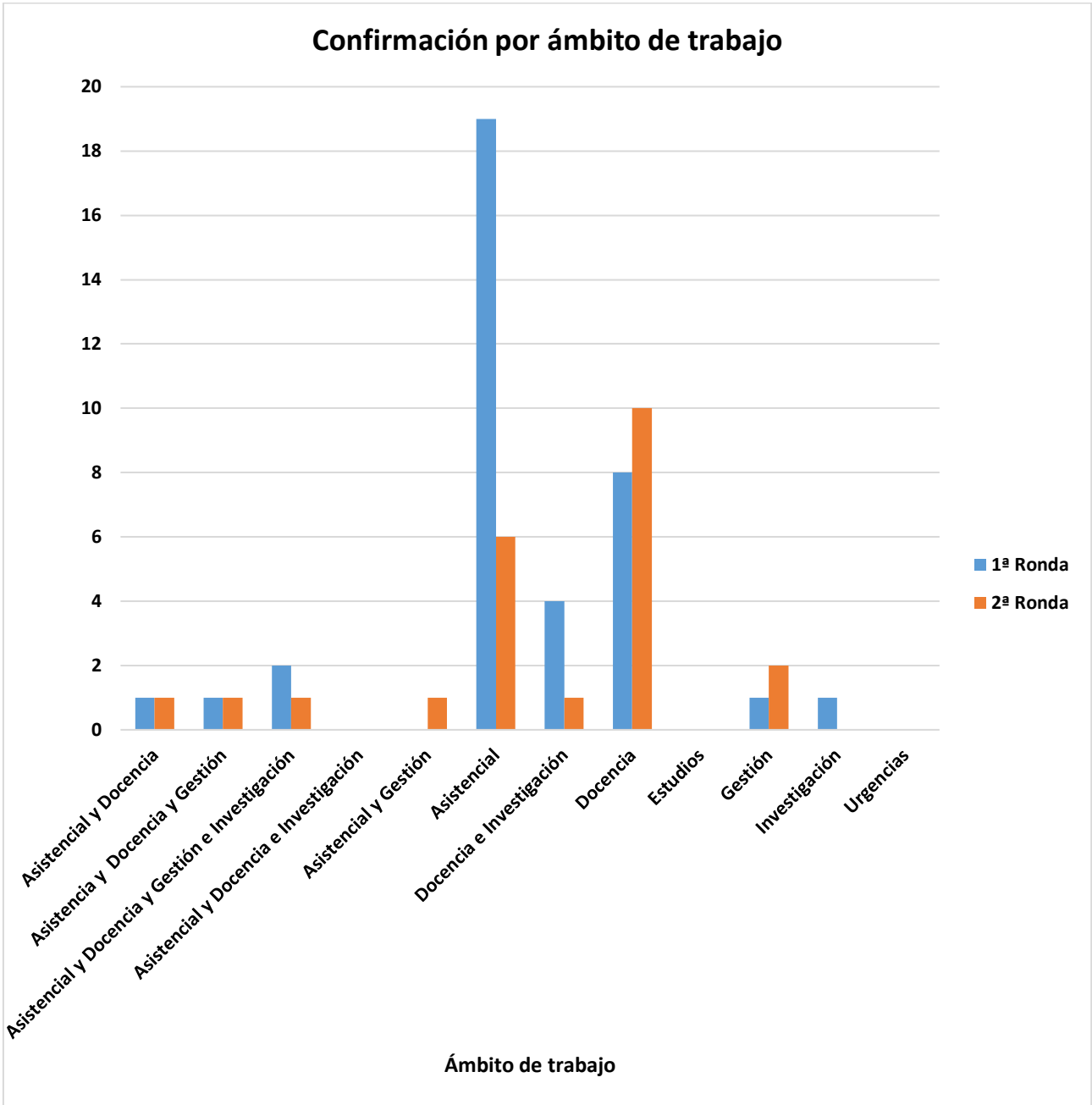
**Tabla 43:** Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada lugar de trabajo

Lugar de trabajo	1ª ronda	2ª ronda
Centro de salud	50%	100%
Colegio	0%	100%
Cruz Roja	0%	-----
Estudios	25%	0%
Hospicio	0%	100%
Hospital y Centro de salud	100%	-----
Hospital y Hospicio	0%	100%
Hospital e Instituto	100%	-----
Hospital	59,40%	75%
Universidad	44,44%	84,62%
Hospital y Universidad	50%	100%
Urgencias	0%	0%

En la 1ª ronda el 51,35% trabajaban en un puesto asistencial y el 21,62% en un puesto de docencia, mientras en la 2ª ronda el 26,1% en un puesto asistencial y el 43,48% en uno de docencia.

La figura 51 muestra la confirmación por ámbito de trabajo y la tabla 44 el porcentaje del total de cada ámbito de trabajo.

**Figura 51:** Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por ámbito de trabajo



**Tabla 44:** Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada ámbito de trabajo

Ámbito de trabajo	1ª ronda	2ª ronda
Asistencial y Docencia	33.33%	100%
Asistencia y Docencia y Gestión	100%	100%
Asistencial y Docencia y Gestión e Investigación	100%	100%
Asistencial y Docencia e Investigación	0%	-----
Asistencial y Gestión	0%	100%
Asistencial	57,58%	75%
Docencia e Investigación	57,14%	100%
Docencia	40%	83,33%
Estudiar	0%	0%
Gestión	33,33%	100%
Investigación	100%	-----
Urgencias	0%	0%

La confirmación de que el NNN se adapta a las necesidades culturales del paciente árabe se contradice con la opinión de los directores de enfermería en las entrevistas; además es un resultado que no está acorde con las opiniones sobre otras preguntas en el cuestionario, donde confirman que una versión del NNN en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación, lo cual muestra que existen carencias relacionadas con el lenguaje; es en sí un componente fundamental de la cultura, cuya ausencia altera el significado y el contexto de las herramientas de evaluación y documentación de la salud.

Además, los participantes confirmaron con alto porcentaje que las definiciones del ATIC de los diagnósticos de enfermería abordados en este estudio son correctas y completas, lo cual deja en duda que las definiciones de la NANDA cumplan con la comprensión de dichos diagnósticos desde el punto de vista de los participantes.

De igual manera, eligieron con un consenso muy alto casi todas las intervenciones del ATIC vinculadas a los diagnósticos, entre ellas muchas relacionadas con la cultura, lo que también deja en duda si las intervenciones NIC relacionadas con estos mismos diagnósticos cumplen con las necesidades culturales del paciente árabe.

La NANDA misma recomienda para su aplicación correcta y apropiada abordar temas relacionados con las diferencias en el campo de aplicación de la práctica de enfermería, en los modelos de práctica, en las leyes y reglamentos, competencias de enfermería y sistemas educativos. (10)

Por último, un proyecto de investigación desarrollado en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga explica que las taxonomías han sido elaboradas por profesionales anglosajones, lo que implica un contenido que intenta dar respuestas a este colectivo de profesionales en su entorno sanitario, social, cultural y legal, y con ello la necesidad de adaptarlas a las necesidades de otros entornos. (191,195) Aclara también que “el concepto de contexto se configura como un entramado en el que confluyen múltiples aspectos físicos, psíquicos y socioculturales que determinan los modos de interacción en los procesos de salud-enfermedad”. (191)

Al preguntar si un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería el 89,48% de los participantes de la 1ª ronda estaban de acuerdo. (Tabla 45)

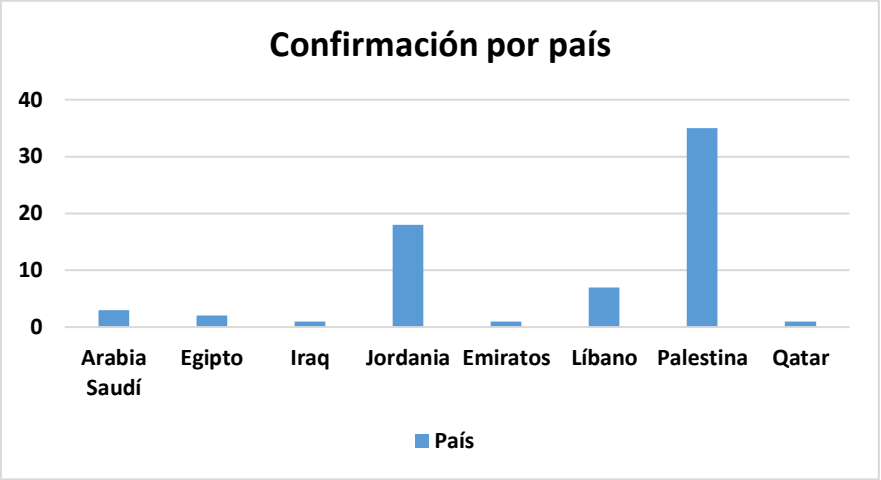
**Tabla 45:** Confirmación de que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería

	1ª Ronda	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	36	47,37%
<b>De acuerdo</b>	32	42,11%
<b>Indiferente</b>	6	7,89%
<b>En desacuerdo</b>	0	0,00%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	2	2,63%
<b>Total</b>	76	100,00%

Los participantes que confirmaron estar “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” eran en su mayoría de Palestina con el 51,47% seguidos con los de Jordania con el 26,47% y los del Líbano con el 10,29%.

La figura 52 muestra la confirmación por país y la tabla 46 el porcentaje del total de cada país

**Figura (52):** Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por país



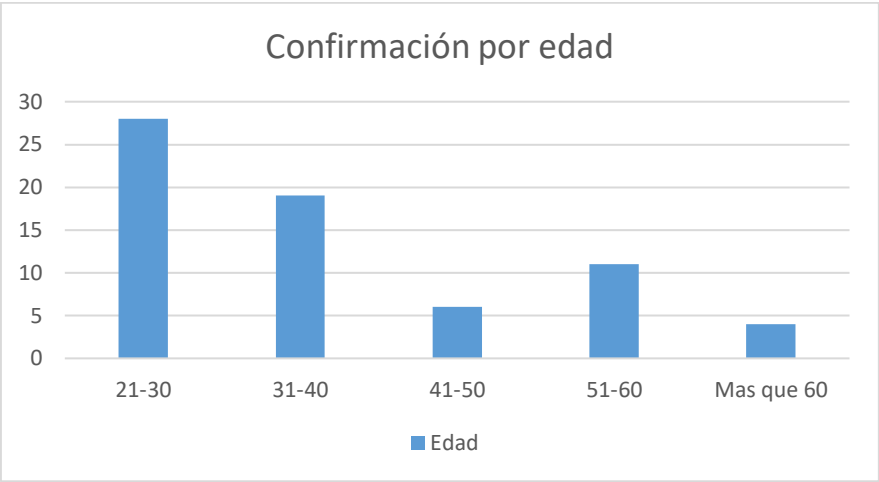
**Tabla 46:** Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada país

País	Porcentaje del total
Arabia Saudí	75%
Egipto	100%
Iraq	100%
Jordania	94,74%
EAU	50%
Líbano	87,5%
Palestina	89,74%
Catar	100%

La franja de edad más representada fue de los menores de 40 años con el 69,12% (de ellos el 56,57% tenían de 21-30 años) seguida de la de los mayores de 50 años con el 22,06% (de ellos el 73,33% tenían entre 51-60 años), y por ultimo los que tenían entre 41-50 con el 8,82%. La franja de edad menos presentada es la de más de 60 con el 5,88%.

La figura 53 muestra la confirmación por edad y la tabla 47 el porcentaje del total de cada franja de edad.

**Figura 53:** Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por edad



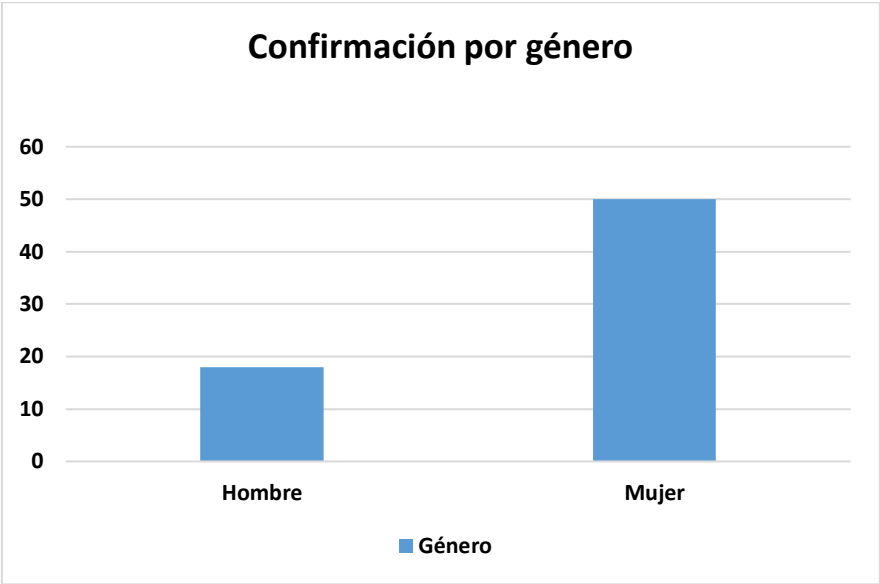
**Tabla 47:** Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada franja de edad

Franja de edad	Porcentaje del total
21-30	90,32%
31-40	82,61%
41-50	85,7%
51-60	100%
Más de 60	100%

El 73,53% de los participantes eran mujeres y el 26,47% hombres. La figura 54 muestra la confirmación por género y la tabla 48 el porcentaje del total de cada género.



**Figura 54:** Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por género



**Tabla 48:** Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada género

Género	Porcentaje del total
Hombre	90%
Mujer	89,29%

El 65,41 de los participantes tenían menos de 10 años de experiencia y el 39,71% más de 16. La participación más baja es la de la franja de 11-15 años de experiencia con el 5,88%. La figura 55 muestra la confirmación por años de experiencia y la tabla 49 el porcentaje del total de cada franja de años de experiencia.

**Figura 55:** Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por años de experiencia



**Tabla 49:** Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada franja de años de experiencia

Años de experiencia	Porcentaje del total
Menos de 1	100%
1-5	88%
6-10	87,5%
11-15	66,67%
16-20	87,5%
Más de 20	100%

En cuanto al lugar de trabajo, el 41,18% trabajan en hospitales y el 35,29% en universidades.

La figura 56 muestra la confirmación por lugar de trabajo y la tabla 50 el porcentaje del total de cada lugar de trabajo

**Figura 56:** Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por lugar de trabajo



**Tabla 50:** Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada lugar de trabajo

Lugar de trabajo	Porcentaje del total
Centro de salud	100%
Colegio	100%
Cruz Roja	100%
Estudios	100%
Hospicio	100%
Hospital y Centro de salud	100%
Hospital e Instituto	100%
Hospital	87,5%
Hospital y Universidad	100%
Universidad	88,89%
Urgencias	100%

Los participantes que ocupaban puestos asistenciales representan el 44,12% y los que ocupaban puestos de docencia el 26,47%.

La figura 57 muestra la confirmación por ámbito de trabajo y la tabla 51 el porcentaje del total de cada ámbito de trabajo.

**Figura 57:** Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por ámbito de trabajo



**Tabla 51:** Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada ámbito de trabajo

Ámbito de trabajo	Porcentaje del total
Asistencia y Docencia	100%
Asistencial y Docencia y Gestión	100%
Asistencial y Docencia y Gestión e Investigación	100%
Asistencial	90,91%
Docencia e Investigación	85,71%
Docencia	90%
Estudios	100%
Gestión	100%
Investigación	100%
Urgencias	33,33%

No tenemos referencias de estudios anteriores sobre el tema en el mundo árabe, pero el resultado está en línea con los estudios que confirman la importancia de la adaptación cultural de las herramientas utilizadas en el ámbito sanitario que hemos abordado en detalle en la introducción.

Según McGrath (1990), los instrumentos y herramientas de evaluación clínica deben ser validos, fiables, versátiles y culturalmente sensibles. (158)

La NANDA recomienda abordar temas relacionados con las diferencias en el campo de aplicación, en los modelos de práctica y en los sistemas educativos de cada país. (10)

Un artículo publicado en 2012 confirma que “hay que tener en cuenta a la hora de traducir los instrumentos que las diferencias lingüísticas y culturales influyen en la manera en que los individuos perciben y comunican sus estados de salud y enfermedad. Y que todo ello hace necesario que dichos instrumentos reflejen los valores, criterios y puntos de vista específicos de las culturas en que han de ser utilizados u de adaptan a ellos”. (160)

Los seis participantes que han tenido una opinión “indiferente” eran de Palestina (3), de Arabia Saudí (1), de EAU (1) y del Líbano (1); cuatro de ellos eran mujeres y dos hombres; tres tenían entre 21 y 30 años y los otros tres entre 31 y 40 años; tres tenían de 1 a 5 años de experiencia, dos de 11 a 15 y uno de 6 a 10; cuatro trabajaban en hospitales,

uno en hospital y hospicio y uno en la universidad; tres en puestos asistenciales, uno en puesto asistencial y de gestión, uno de solo docencia y uno de docencia e investigación.

Los dos participantes que estaban “totalmente en desacuerdo” eran de Palestina y Jordania; uno tenía entre 31 y 40 años y el otro entre 41 y 50; ambas mujeres, una en la franja de 6 a 10 años de experiencia y la otra en la de 16 a 20 años; ambas trabajaban en universidades, una en un puesto de docencia y la otra en un puesto asistencial y de docencia e investigación.

Nos llama la atención especialmente que un participante que ocupa un puesto asistencial y de docencia e investigación (tiene entre 31 y 40 años, con 6-10 años de experiencia) estaba totalmente en desacuerdo con que un lenguaje enfermero adaptado a la cultura árabe mejoraría la calidad de la atención de enfermería. Es llamativo porque es incoherente con su opinión en el resto de las preguntas: ha confirmado no utilizar los lenguajes enfermeros en su lugar de trabajo “casi nunca”, que la NNN no es fácil de comprender y manejar, que no está ajustada a las necesidades del paciente árabe, que una versión de la NNN en árabe mejoraría su comprensión y facilitaría su aplicación, que el nivel de inglés de los enfermeros es regular, que el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación y la documentación, y que el registro de enfermería no es fácil de manejar ni refleja la realidad y no se considera prueba valida en un juicio, y ha tenido una opinión “indiferente” para todas las definiciones de los diagnósticos; creemos que eso puede deberse a un escaso conocimiento sobre el tema, una posible mala comprensión de la pregunta, o una infraestimación de la importancia de la cultura en los cuidados de la salud.

En relación con el enunciado “una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación” el 73,68% de los participantes de la 1ª ronda confirmaron estar de acuerdo. (Tabla 52)

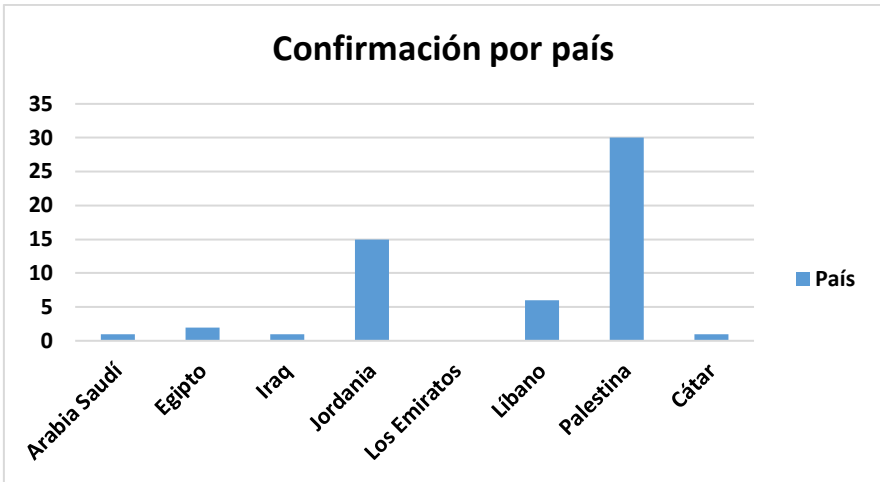
**Tabla 52:** Porcentaje de acuerdo con que una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación

	1ª Ronda	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	25	32,89%
<b>De acuerdo</b>	31	40,79%
<b>Indiferente</b>	11	14,47%
<b>En desacuerdo</b>	7	9,21%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	2	2,63%
<b>Total</b>	76	100,00%

Los participantes que estaban de acuerdo con esta confirmación eran principalmente de Palestina con el 53,57%, Jordania con el 26,79% y del Líbano con el 10,71%.

La figura 58 muestra la conformación por país y la tabla 53 el porcentaje del total de cada país.

**Figura 58:** Número de participantes que (una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación) por país



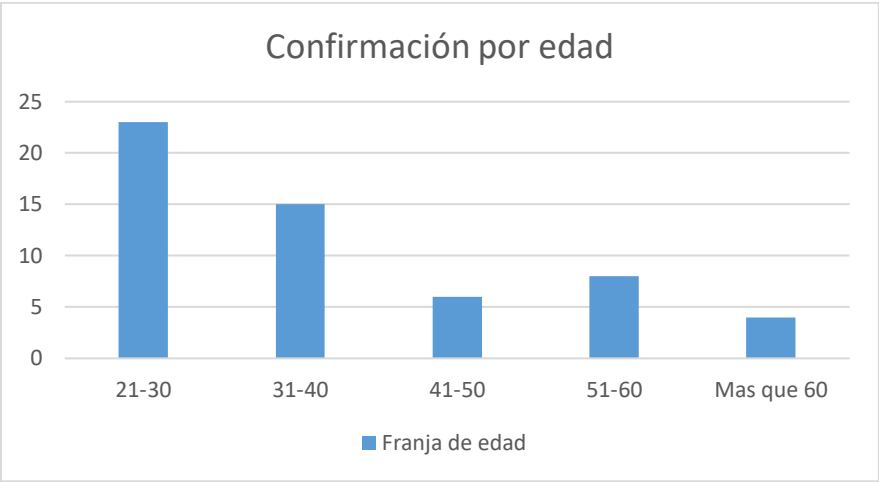
**Tabla 53:** Porcentaje de acuerdo con que una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación del total de cada país

País	Porcentaje del total
Arabia Saudí	25%
Egipto	100%
Iraq	100%
Jordania	78,95%
EAU	0,00%
Líbano	75%
Palestina	76,92%
Catar	100%

En cuanto a la edad, los participantes menores de 40 años representan el 67,86%, los mayores de 51 años el 21,43% y los que tenían entre 41 y 50 el 10,71%.

La figura 59 muestra la confirmación por edad y la tabla 54 el porcentaje del total de cada franja de edad.

**Figura 59:** Número de participantes que (una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación) por edad



**Tabla 54:** Porcentaje de acuerdo con que una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación del total de cada franja de edad

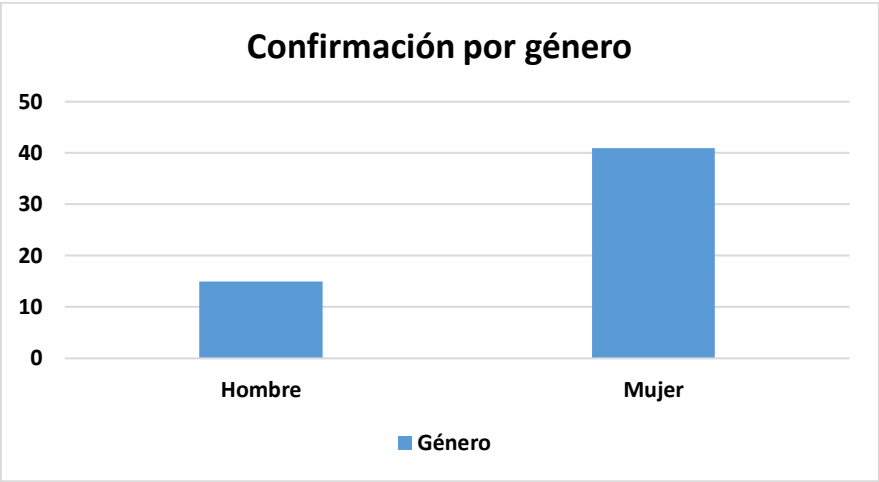
Franja de edad	Porcentaje del total
21-30	74,19%
31-40	65,23%
41-50	85,71%
51-60	72,73%
Más de 60	100%

El 73,21% de los participantes eran mujeres y el 26,79% eran hombres.

La figura 60 muestra la confirmación por género y la tabla 55 el porcentaje del total de cada género.



**Figura 60:** Número de participantes que (una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación) por género



**Tabla 55:** Porcentaje de acuerdo con que una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación del total de cada género

Género	Porcentaje del total
Hombres	75%
Mujeres	73,21%

El 53,61 tenían menos de 10 años de experiencia, seguidos con los que tenían más de q6 años con el 37,52%.

El 39,29% trabajaban en hospitales y el 35,71% en universidades.

En cuanto al ámbito de trabajo el 42,86% ocupaban puestos asistenciales y el 28,57% de docencia.

El consenso en esta pregunta es un indicador de que el uso de una versión de los lenguajes enfermeros en inglés puede que esté provocando problemas de comprensión, que a su vez causaría errores en la documentación y pondría en duda la eficacia de la comunicación, tanto interprofesional como con los pacientes.

Recordamos que el nivel de inglés medio-bajo confirmado por los directores de enfermería entrevistados y los participantes en los cuestionarios complica más la comprensión de dichos lenguajes.

El resultado de esta pregunta confirma la importancia del lenguaje materno en el uso y la aplicación de cualquier herramienta en el ámbito de la salud incluidos los lenguajes enfermeros; tal como lo hemos explicado en detalle en la introducción.

Los estudios conforman que el lenguaje es el fundamento de la comunicación, que a su vez es un proceso complejo de intercambio de ideas, pensamientos y emociones.<sup>(113,116)</sup>

La comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud confirma que “las barreras de comunicación son responsables del 85% de eventos centinela en los hospitales”.<sup>(118)</sup>

### **Idioma de comunicación y documentación**

Al preguntar por la frecuencia de uso del árabe como idioma de comunicación con el paciente en el lugar de trabajo el 93,74% confirmaron su uso siempre o casi siempre. (Tabla 56)

**Tabla 56:** Frecuencia de uso del árabe como idioma de comunicación con el paciente

	1ª Ronda	Porcentaje
<b>Siempre</b>	40	52,63%
<b>Casi siempre</b>	32	42,11%
<b>A veces</b>	4	5,26%
<b>Casi nunca</b>	0	0,00%
<b>Nunca</b>	0	0,00%
<b>Total</b>	76	100,00%

Todos los participantes confirmaron el uso del árabe como idioma de comunicación con el paciente “siempre” o “casi siempre”, a excepción de cuatro participantes que contestaron “a veces”.

El resultado era de esperar dado que todos los participantes trabajan en países árabes, y por lo cual casi todos los pacientes son árabes y se le habla en su idioma, por lo contrario, la contestación “a veces” llama la atención; estos participantes eran de Jordania, EAU, El Líbano y Palestina, trabajaban respectivamente en colegio, hospital y centro de salud, hospital y urgencias, en puesto solo asistencial, asistenciales y docentes (2) y en urgencias, sin sesgo significativo en cuanto a edad y años de experiencia; el perfil de estos participantes no nos indica las posibles razones de su contestación; quizá el

participante que trabaja en colegio puede permitirse hablar en otro idioma si el colegio es internacional y el participante de Palestina esté obligado a hablar en hebreo si está trabajando en el territorio de 1948 aunque es muy poco probable que sea esa la razón dado que el registro de enfermería en su lugar de trabajo es el inglés.

En cuanto al idioma utilizado en el registro de enfermería en su lugar de trabajo, los participantes confirmaron que el idioma utilizado en los registros de enfermería era el inglés (el 90,79% de las contestaciones), el resto de los participantes confirmaron que era el árabe (2 participantes de Iraq y Palestina), el árabe y el inglés (2 participantes de Palestina), el francés (2 participantes del Líbano) y el hebreo (1 participante palestino, el cual se entiende que está trabajando en la parte controlada por Israel donde el idioma oficial es el hebreo). (Tabla 57)

**Tabla 57:** Idiomas de los registros de enfermería

	1ª Ronda	Porcentaje
Árabe	2	2,63%
Inglés	69	90,79%
Francés	2	2,63%
Árabe e inglés	2	2,63%
Hebreo	1	1,32%
Total	76	100,00%

Los resultados de este estudio están en línea con la información disponible en la literatura, que confirma que el idioma principal de los registros de enfermería en la región árabe es el inglés como consecuencia de la adopción de los modelos y los idiomas occidentales en la educación de enfermería. (24,44,50,55,58,196)

La existencia de un registro en árabe en Iraq no nos sorprende, dado que Iraq y Siria eran los únicos dos países que fomentaron el uso del árabe en todo el sistema educativo. Por desgracia debido a la situación de guerra que viven ambos países no hemos encontrado información sobre la situación actual.(196,197)

Los participantes también confirmaron que el principal idioma de los estudios en las facultades de enfermería de su país era el inglés, con un consenso del 92,11%.

El resto de los participantes confirmaron que era el francés (un participante del Líbano), el árabe (un participante de Jordania), inglés y árabe (3 participantes de Palestina) e inglés y francés (un participante del Líbano). (Tabla 58)

**Tabla 58:** Idiomas de los estudios de enfermería

	1ª Ronda	Porcentaje
Árabe	1	1,32%
Inglés	70	92,11%
Francés	1	1,32%
Inglés y árabe	3	3,95%
Inglés y francés	1	1,32%
Total	76	100,00%

Los resultados están en línea con la información disponible en la literatura. Aldossary, While y Barriball (2008),<sup>(24)</sup> Watkins y Ryan (2015),<sup>(58)</sup> Ahmed y Alasad (2007),<sup>(50)</sup> Al-Jarallah, Moussa, Hakeem y Al-Khanfar (2009),<sup>(40)</sup> Alameddine (2017),<sup>(55)</sup> Badr, Rizk y Faraha (2010),<sup>(56)</sup> Virginia (2003)<sup>(41)</sup> y Shuriquie (2006).<sup>(196)</sup>

Nos llama la atención el participante de Jordania, que confirmó que el árabe es el idioma de los estudios de enfermería, dado que toda la información indica que el idioma oficial de estudios de enfermería en Jordania es el inglés; además hemos realizado una búsqueda en las páginas oficiales de las facultades de enfermería en Jordania y no hemos encontrado ningún currículo disponible en árabe.

En relación con el nivel de segundo idioma (inglés, francés, ...) de los enfermeros, las opiniones varían, la presentación más alta era del nivel “regular” con el 43,42%, seguido con nivel alto con el 30,26%. (Tabla 59)

**Tabla 59:** Nivel de segundo idioma de los/as enfermeros/as

	1ª Ronda	Porcentaje
Muy Alto	10	13,16%
Alto	23	30,26%
Regular	33	43,42%
Bajo	8	10,53%
Muy Bajo	2	2,63%
Total	76	100,00%

Los artículos revisados en la literatura indican que el nivel del inglés generalmente es medio-bajo; Alhabahba (2016),<sup>(123)</sup> Al-Magrooqi y Tuzlukova (2014)<sup>(124)</sup> y Suliman y Tadros (2010).<sup>(125)</sup>

En cuanto al francés los estudios indican que es el segundo idioma oficial del Líbano y que el sistema francés de educación domina en el 80% de los dispositivos educativos.<sup>(198)</sup>

No hemos encontrado estudios fiables que aborden el tema del nivel del francés entre los enfermeros en el Líbano o entre los libaneses en general; sin embargo, los estudios indican que surgió una complicación en el momento de añadir el inglés como segundo idioma extranjero necesario para acercarse al mundo occidental, lo cual ha generado mucha carga de idiomas y la posible confusión sobre la identidad cultural. (198)

Pensamos que el resultado significativo del nivel “alto” o “muy alto” con la suma de 43,42% quizá se deba a esfuerzos personales y institucionales en algunos dispositivos sanitarios, y a otras razones particulares de cada país.

Los 33 participantes que opinaron que el nivel era “alto” o “muy alto” estaban divididos entre Arabia Saudí con 4 participantes, Egipto con 2 participantes, Jordania con 6 participantes, EAU con 2 participantes, el Líbano con 7 participantes, Palestina con 11 y Catar con un participante.

Todos los participantes de Arabia Saudí, Catar y EAU opinan que el nivel es alto, lo cual puede ser debido al contacto diario con los expatriados y la obligación de comunicarse más en inglés que en los otros países árabes participantes en el estudio.

El caso de Jordania y Palestina como hemos comentado antes puede ser relacionado con esfuerzos propios del personal de enfermería y algunos dispositivos sanitarios, o quizá es una opinión caracterizada con un aspecto mencionado en los estudios que confirman que los árabes tienden a exagerar en su evaluación positiva del nivel de inglés. (Tabla 60)

**Tabla 60:** Opiniones sobre el nivel del segundo idioma por país

País	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Regular	Total
Arabia Saudí	1	0	3	0	0	4
Egipto	1	0	1	0	0	2
Iraq	0	0	0	0	1	1
Jordania	6	3	0	1	9	19
EAU	2	0	0	0	0	2
Líbano	3	0	4	0	1	8
Palestina	9	5	2	1	22	39
Catar	1	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>33</b>	<b>76</b>

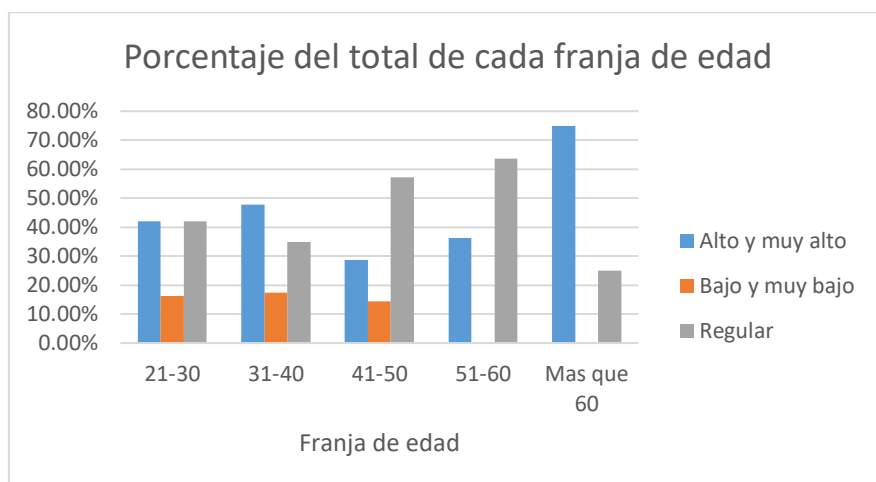
La tabla 61 muestra las contestaciones en relación con la edad.

**Tabla 61:** Opiniones sobre el nivel del segundo idioma por franja de edad

Edad	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Regular	Total
21-30	8	3	5	2	13	31
31-40	8	4	3	0	8	23
41-50	1	1	1	0	4	7
51-60	3	0	1	0	7	11
Más de 60	3	0	0	0	1	4
Total	23	8	10	2	33	76

Hemos analizado el porcentaje de participación en cada opinión del total de cada franja de edad, pero no se detecta una tendencia significativa en ninguna de las franjas, más bien hay una contradicción. (Figura 61)

**La figura 61:** Porcentaje de cada valoración del nivel del segundo idioma del los/as enfermeros/as del total de cada franja de edad



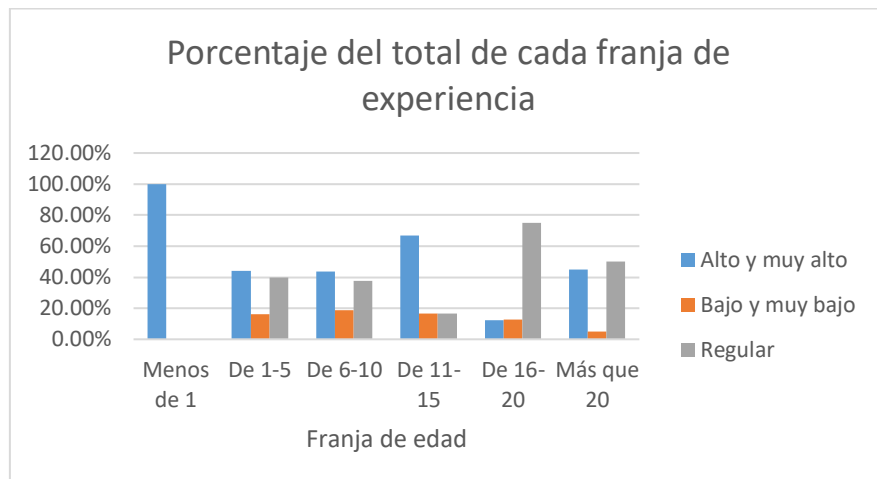
De igual manera hemos analizado la relación con los años de experiencia. (Tabla 62)

**Tabla 62:** Opiniones sobre el nivel del segundo idioma por cada franja de años de experiencia

Años de experiencia	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Regular	Total
Menos de 1	0	0	1	0	0	1
De 1 a 5	8	2	3	2	10	25
De 6 a 10	1	1	0	0	6	8
De 11 a 15	5	3	2	0	6	16
De 16 a 20	2	1	2	0	1	6
Más de 20	7	1	2	0	10	20
Total	23	8	10	2	33	76

La figura 62 muestra el porcentaje de participación en cada opinión del total de cada franja de años de experiencia.

**Figura 62:** Porcentaje de cada valoración del nivel del segundo idioma del los/as enfermeros/as del total de cada franja de años de experiencia



Se nota que la opinión de los participantes que tenían entre 16 y 20 años se inclina más hacia el nivel regular (eran dos participantes de Jordania y cuatro de Palestina, cuatro tenían entre 31-40 años y dos entre 41 y 50, cinco eran mujeres y uno era hombre, dos trabajaban en universidades, dos en hospitales, uno en hospicio y otro en urgencias y tres ocupan puestos asistenciales, dos de docencia, uno de urgencias y uno asistencial y de docencia. El perfil de los participantes no explica esta inclinación, pero coincide con la información disponible en la literatura.

Los que tenían entre 11 y 15 años de inclinación hacia el “alto” y “muy alto” (eran dos del Líbano, uno de Egipto y uno de EAU, los cuatro tienen entre 31-40 años, dos eran mujeres y dos hombres, uno trabaja en hospital y hospicio, uno en universidad, uno en hospital y universidad y uno en hospital, dos ocupan un puesto de docencia, uno asistencial y de gestión y uno asistencial y de docencia y de gestión.

El perfil docente y de gestión de estos participantes puede justificar esta opinión opuesta, además hay que tener en cuenta que uno de los seis es de EAU donde ya sabemos que la exigencia del uso del inglés es muy alta dada la tasa alta del personal de enfermería expatriado.

En la pregunta “si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería” no hemos conseguido un consenso de mas del 70% en ninguna de las dos rondas; teniendo en cuenta que la opinión de los expertos en las entrevistas confirma la existencia de una laguna importante causada por el uso de un idioma no materno en la comunicación y en los registros de enfermería y que los participantes mismos han confirmado que una versión de la NNN en árabe mejoraría su comprensión, hemos decidido no lanzar una tercera ronda de cuestionario.

EL 59,21% en la 1ª ronda y el 55,17 en la 2ª estaban “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo”, el 19,74% en la 1ª ronda y el 10,34% en la 2ª eligieron la opción “indiferente” y el 21,05% en la 1ª ronda y el 34,49% en la 2ª estaban “en desacuerdo” o “totalmente en desacuerdo”. (Tabla 63)

**Tabla 63:** Opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería

	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	17	22,37%	5	17,24%
<b>De acuerdo</b>	28	36,84%	11	37,93%
<b>Indiferente</b>	16	21,05%	3	10,34%
<b>En desacuerdo</b>	12	15,79%	8	27,59%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	3	3,95%	2	6,90%
<b>Total</b>	76	100%	29	100%

Los estudios publicados sobre la comunicación en el ámbito de la salud han puesto en evidencia que las barreras culturales y lingüísticas son el mayor obstáculo para una comunicación eficaz y que pueden provocar diagnósticos erróneos, mal entendimientos y una incapacidad para vincular las necesidades del paciente al plan de cuidados.<sup>(114)</sup>

Además, los estudios muestran que las barreras de comunicación son responsables del 85% de los eventos centinela en los hospitales. <sup>(118)</sup>

Si unimos la dificultad de traducir a otros idiomas los términos técnicos médicos al hecho de que el nivel del segundo idioma de los/as enfermeros/as en los países árabes es entre regular y bajo, llegamos a la conclusión de que es muy probable que esta situación esté creando una laguna en la comunicación y la documentación.

Hemos analizado las contestaciones por cada categoría de los datos sociodemográficos y profesionales para explorar las tendencias en cada uno de ellos.



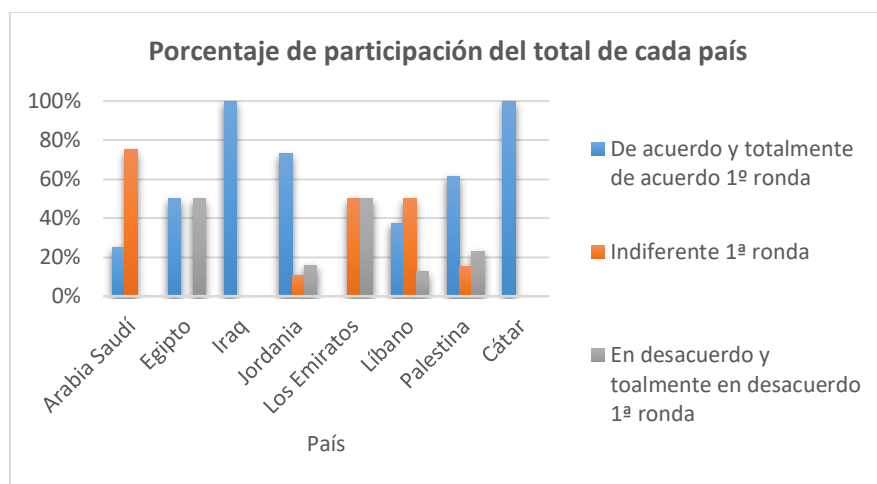
En cuanto al porcentaje de cada opinión del total de cada país, hemos detectado las siguientes observaciones: (Figuras 63y 64).

- 1- Los dos participantes de Arabia Saudí que opinaron “indiferente” en la 1ª ronda opinaron “en desacuerdo” o “totalmente en desacuerdo” en la 2ª.

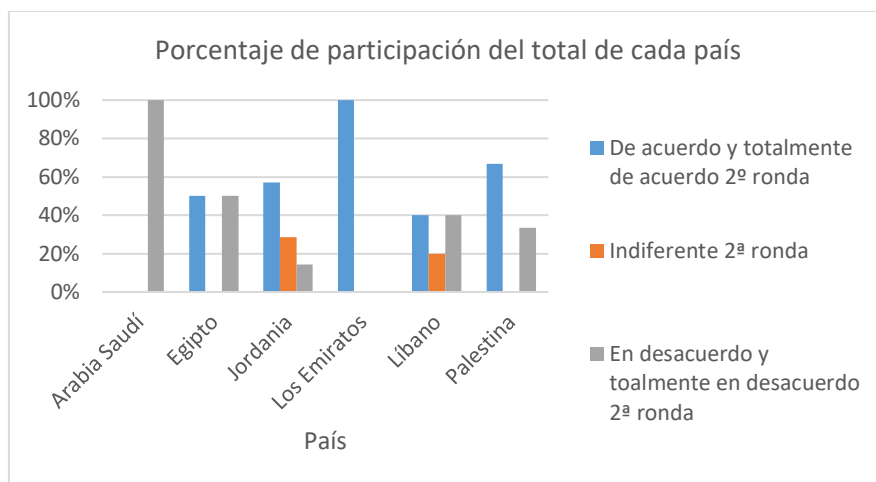
Es una opinión llamativa cuando sabemos que además del problema causado por adoptar el inglés como idioma oficial de los estudios en las facultades de enfermería y como el idioma interprofesional y de documentación, es un país con muy alta dependencia del personal de enfermería expatriado, por lo cual existe el doble de posibilidades de que esta situación está generando lagunas en la comunicación y la documentación.

- 2- Los dos participantes de Egipto que no abandonaron en la 2ª ronda optaron estar en desacuerdo.

**Figura 63:** Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada país en la 1ª ronda

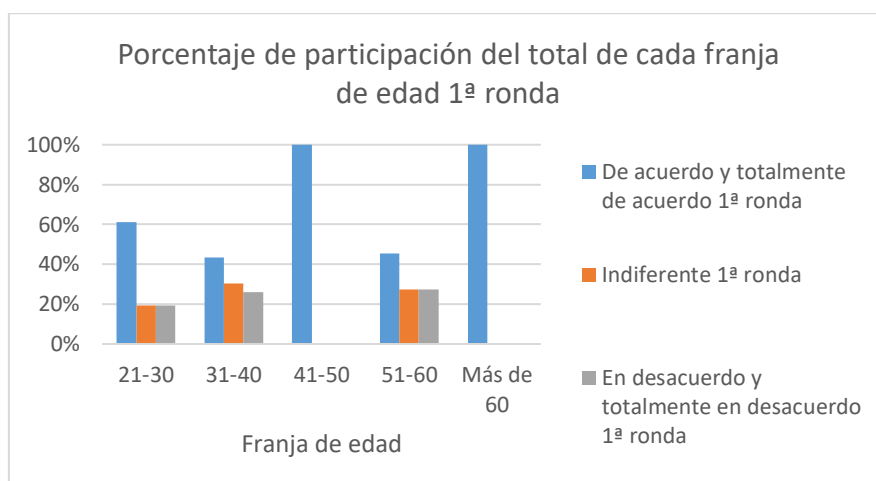


**Figura 64:** Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada país en la 2ª ronda

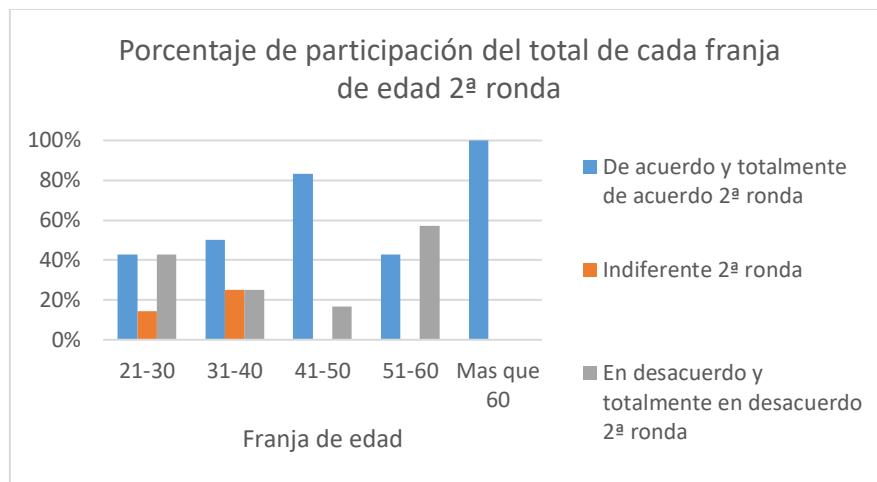


En cuanto al porcentaje de contestación del total de cada franja de edad, se destaca que el 100% de los mayores de 60 años en ambas rondas estaban “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo”; y que los de la franja de edad 41-50 años estaban “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con 100% en la 1ª ronda y el 83,33% en la 2ª. (Figuras 65 y 66)

**Figura 65:** Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada franja de edad en la 1ª ronda

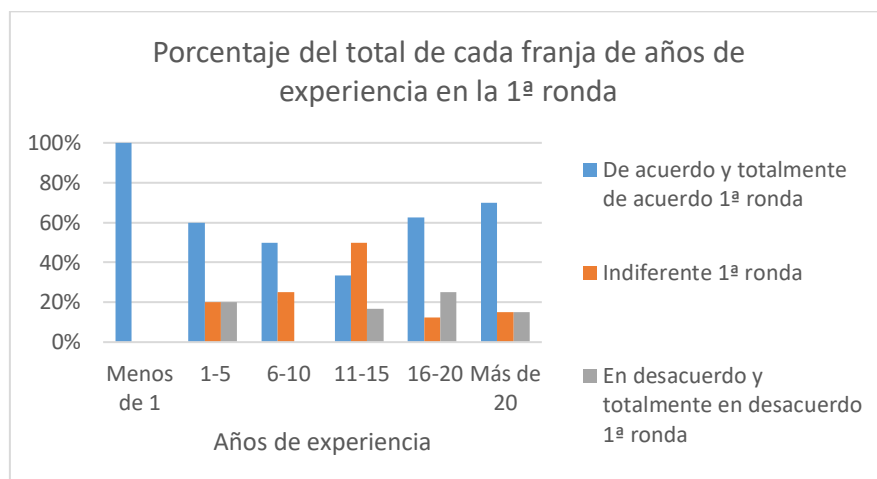


**Figura 66:** Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada franja de edad en la 2ª ronda

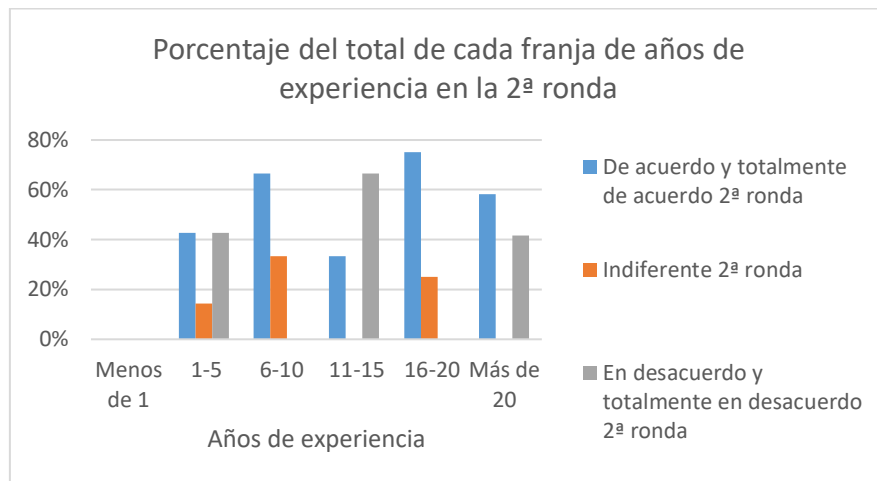


En cuanto a los años de experiencia no se nota ninguna tendencia significativa. (Figuras 67 y 68).

**Figura 67:** Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada franja de años de experiencia en la 1ª ronda



**Figura 68:** Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada franja de años de experiencia en la 2ª ronda

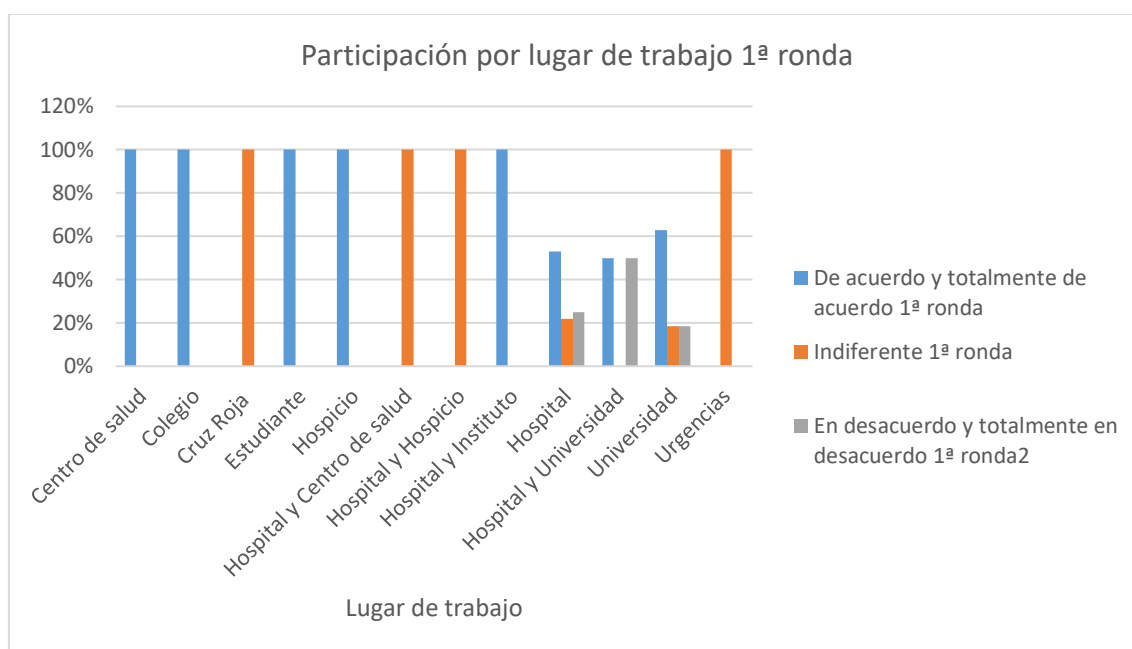


Las figuras 69 y 70 muestra el porcentaje del total de cada lugar de trabajo; el 100% de los participantes que trabajaban en centro de salud, colegio, hospicio, hospital e instituto, hospital y universidad y los estudiantes estaban de acuerdo, y el 100% de los participantes que trabajaban en la Cruz Roja Palestina, en hospital y centro de salud, en hospital y hospicio y en urgencias optaron por la opción “indiferente”.

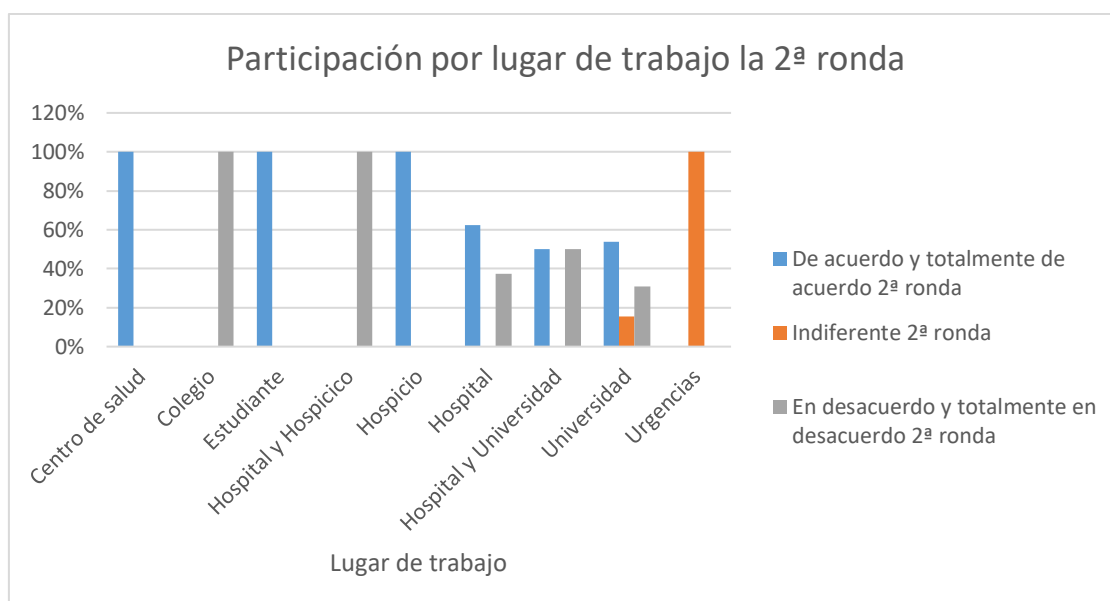
Dado que el número de participantes en cada uno de estos lugares de trabajo es muy pequeño, no podemos generalizar estos resultados.

Llama la atención la opinión de los participantes que trabajaban en hospitales y universidades, el 40% estaban “de acuerdo” y otros tantos estaban “en desacuerdo”, quizá esta división se debe a la diferente situación en cada uno de los dos sitios de trabajo.

**Figura 69:** Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada lugar de trabajo en la 1ª ronda



**Figura 70:** Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada lugar de trabajo en la 2ª ronda



## **El registro de enfermería**

En la propuesta “El registro de enfermería en mi lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as” el 67,11% de los participantes de la 1ª ronda y el 69% de la 2ª ronda confirmaron estar “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo”.

El 17,11% de la 1ª ronda y el 24,13% de la 2ª ronda confirmaron estar “en desacuerdo” o “totalmente en desacuerdo” con esta afirmación. (Tabla 64)

**Tabla 64:** Opiniones sobre si el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as

	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	15	19,74%	4	13,79%
<b>De acuerdo</b>	36	47,37%	16	55,17%
<b>Indiferente</b>	12	15,79%	2	6,90%
<b>En desacuerdo</b>	12	15,79%	4	13,79%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	1,32%	3	10,34%
<b>Total</b>	76	100,00%	29	100,00%

No hemos encontrado muchos estudios sobre la satisfacción de los enfermeros/as respecto al registro de enfermería en el mundo árabe o la calidad de dichos registros; pero los pocos estudios encontrados y los muchos otros a nivel internacional, juntos con la opinión de los directores de enfermería entrevistados en esta investigación confirman una realidad opuesta al resultado de este estudio. Es posible que la opinión de los participantes está relacionada con la falta de conocimiento de los criterios de calidad de la documentación de enfermería.

Un estudio publicado sobre la evaluación del servicio de los registros médicos en los hospitales del Ministerio de Sanidad de Jordania realizada en el 2006 confirma que la organización de los registros médicos en ese país empezó en 1973 y que, con la excepción de los hospitales universitarios, el Centro Médico del Rey Hussein, King Hussein Cancer Center y otros dos hospitales privados, el resto de los hospitales tienen un problema muy serio con la calidad de los registros médicos, lo cual confirma que son incompletos, incorrectos y de difícil acceso. (199)

Aunque este estudio no valoraba los registros de enfermería en concreto, puede ser indicativo en cuanto a su calidad dado que dichos registros forman parte de la historia

clínica/médica del paciente, y si la calidad de tales es mala, ello será aplicable a la parte correspondiente a las notas de enfermería.

Un artículo publicado en el 2015 sobre los resultados de una auditoría de los registros clínicos de enfermería en un hospital en Arabia Saudí reveló que faltan los siguientes ítems: (200)

- Informes de ecografías
- Informes de radiología
- Informes de trabajadores sociales
- Informe de evaluación del ingreso del paciente
- Plan de cuidados de enfermería
- Notas de enfermería de evaluación, historia y progresión
- Hoja de evaluación de urgencias
- Registro de medicación
- Informes de nutrición
- Hoja de control del dolor
- Hoja de valoración de urgencias de enfermería
- Formación del paciente y su familia.

Un estudio sobre la documentación del dolor posoperatorio por las enfermeras en una planta quirúrgica en Jordania reveló que existe una necesidad de mejorar la evaluación y la documentación del dolor posoperatorio; el registro de enfermería contenía notas sobre la localización, la duración y la expresión verbal del dolor, pero la mayoría de los registros carecen de información sobre la expresión no verbal del dolor, los medicamentos administrados y los resultados de las intervenciones realizadas. (201)

Otro estudio del 2017 sobre la calidad de la documentación en los registros manuales y electrónicos realizado en dos hospitales públicos en el norte de Jordania, uno con un sistema manual y el otro electrónico y con una muestra de 434 registros reveló que a pesar de que los registros electrónicos eran mejores a nivel estructural ambos records eran deficientes y contenían información incompleta e incorrecta.

Este estudio destaca el uso incorrecto de las abreviaturas, la mala calidad de la historia de enfermería documentada, deficiencias en la documentación del proceso de enfermería y pantallas incompletas relacionadas con los diagnósticos y las intervenciones del NNN. (138)

A nivel internacional, hay muchos estudios sobre la calidad de los registros de enfermería, y la mayoría de ellos confirman limitaciones y defectos; Prideaux (2011) confirma que la calidad del registro de enfermería en muchos países sigue siendo muy pobre; un estudio sueco de Gunninberg y Ehrenberg (2004) dio cuenta de las incongruencias entre lo que está documentado y el estado físico real de los pacientes. Un estudio de Jefferies y Johnson y Nichollas (2011) en Australia reveló que hay limitaciones de documentación. Los estudios de (Blair y Smith (2012), Bjorvell y Wredling y Thorell-Ekstrand (2003) mostraron que a aunque los/as enfermeros/consideran importante la documentación para el desarrollo de la profesión, la valoran como una tarea pesada y secundaria que les aleja del cuidado directo de los pacientes. (202)

En el estudio de Setz, que examinó la calidad de los registros, informa que 64,7% eran aceptables, pero solo el 8,7% eran de buena calidad y el 26,7% eran de mala calidad.(203)

Un estudio sobre el efecto de la carga de trabajo sobre la calidad de los registros en los centros de salud en el distrito de Vhembe, en la provincia de Limpopo en Sudáfrica, reveló muchos efectos de la alta carga de trabajo de enfermería en la calidad de la documentación; y confirmó que, como consecuencia, los registros contenían información incompleta, ilegible y incorrecta. (204)

Los estudios de (Ehrenberg y Birgesson 2003; Voutilainen et al., 2004; Irving et al., 2006; Mahler et al., 2007; Oroviogoicoechea, Elliott, y Watson, 2008) confirman la mala calidad de los registros de enfermería y su insuficiencia para reflejar el cuidado proporcionado a los pacientes; además el estudio de Whyte 2005 indica que los datos no se presentaron de manera concisa y clara. (205)

Otro ejemplo de los estudios que confirman que los registros clínicos no reflejan la realidad clínica de los pacientes es el estudio de Admensen y Tewes que reveló que solo el 31% de los problemas de los pacientes reconocidos por las enfermeras se reflejaron en los registros, y que una tercera parte de los problemas de los pacientes no era reconocida por los/las enfermeros/as. (206)

Un estudio realizado para explorar la validez de un registro clínico de úlceras por presión en el hospital universitario de Fuenlabrada mostró que “el número de pacientes que presentan UPP se duplica si la recogida de datos es observacional por una enfermera experta frente a lo registrado en la historia clínica electrónica del hospital”; y otros estudios realizados por el mismo equipo de investigación del estudio anterior en los que



“se analizaba a partir de los registros clínicos el porcentaje de pacientes incontinentes y las dependencias para los autocuidados de los pacientes y su evolución durante el ingreso, encontraron problemas del registro en la historia clínica por parte del personal de enfermería. Resultó llamativo que no pudieran incluir en los cálculos más que al 50-55% de la población reclutada para el estudio, por falta de cumplimentación de los registros pese a que la información era relevante para la dispensación de cuidados durante el ingreso y la continuidad de cuidados al alta”. (206)

Una revisión publicada en 2011 que “incluía 77 estudios de 15 países y analizaba los registros clínicos de enfermería. En ellos se veía que la concordancia entre el registro clínico y lo que les ocurría a los pacientes (con estudios observacionales, entrevistas a pacientes y enfermeras y evaluación del desempeño profesional) era baja”. (206)

Un estudio sobre la calidad de los registros de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público en Brasil mostró que ninguno de los 50 registros revisados cumplía con los criterios de calidad propuestos previamente por los investigadores. (207)

Un estudio de Chanvej mediante del cual se revisaron 425 historias clínicas para evaluar la calidad de la documentación del dolor posoperatorio reveló que la documentación de la evaluación del dolor era inconsistente y debajo del nivel estándar aceptable; y el estudio de Briggs y Dean sobre el mismo tema que estudiaba la historia clínica de 65 pacientes reveló que la evaluación del dolor era mal documentado, que el nivel del dolor documentado era diferente al que reportaban los pacientes y que las intervenciones realizadas para el control del dolor eran raramente documentadas. (201)

Un artículo publicado en 2011 que realizaba una revisión sistemática de la literatura sobre la calidad de los registros de enfermería reveló muchas deficiencias en los registros de enfermería; muchos de los estudios revisados muestran el predominio de los datos biomédicos en los registros de enfermería y la falta de datos sobre los aspectos psicológicos, sociales, culturales y espirituales del cuidado; además, confirman la falta de documentación de la evaluación de las preferencias, necesidades, conocimientos, percepciones de la salud, comportamientos previos de la salud y calidad de vida. Otros estudios revisados conformaron y la falta de documentación sobre de la formación del paciente; otros confirmaron la ausencia de las cinco etapas del proceso de enfermería.

En cuanto a áreas específicas, reportan deficiencias en la documentación del uso de las herramientas de la evaluación del dolor y la alteración cognitiva, en la evaluación, tratamiento y prevención de las úlceras de presión, en la evaluación de las características de las heridas, en la evaluación y intervención de los pacientes mayores con enfermedad cardíaca congestiva, en la evaluación y acción de los pacientes en cuidados paliativos, en la evaluación y la intervención con pacientes con demencia y en la documentación del estado mental de los pacientes.

Los artículos revisados destacan un problema en la precisión de la documentación de los diagnósticos e intervenciones de enfermería, además de la inconsistencia en el uso de la terminología, y el uso de frases abstractas y inapropiadas, notas ilegibles, notas registradas en la sección incorrecta.

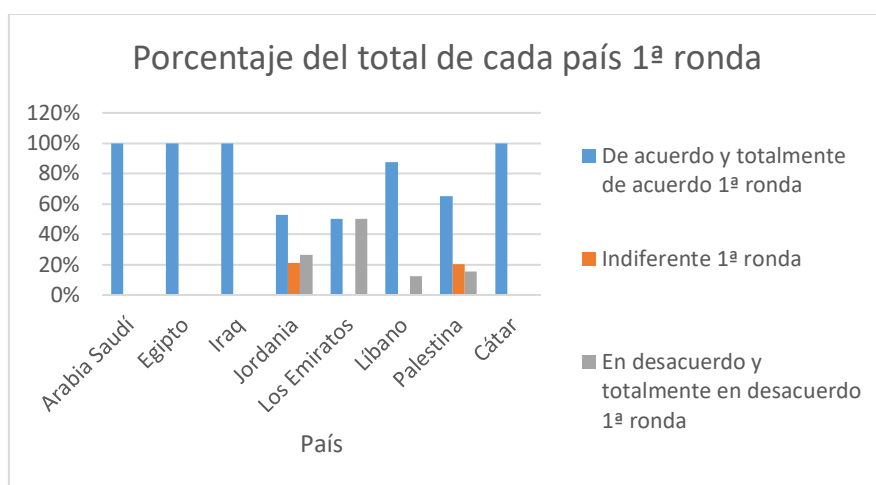
Algunos estudios revisados confirman que la información documentada no refleja la realidad por la falta de concordancia entre lo que está registrado y la información recogida en las entrevistas realizadas por los investigadores de dichos estudios con los pacientes y las/los enfermeras/os. (208)

Hemos correlacionado las contestaciones a esta pregunta con los datos sociodemográficos y profesionales de los participantes para explorar posibles.

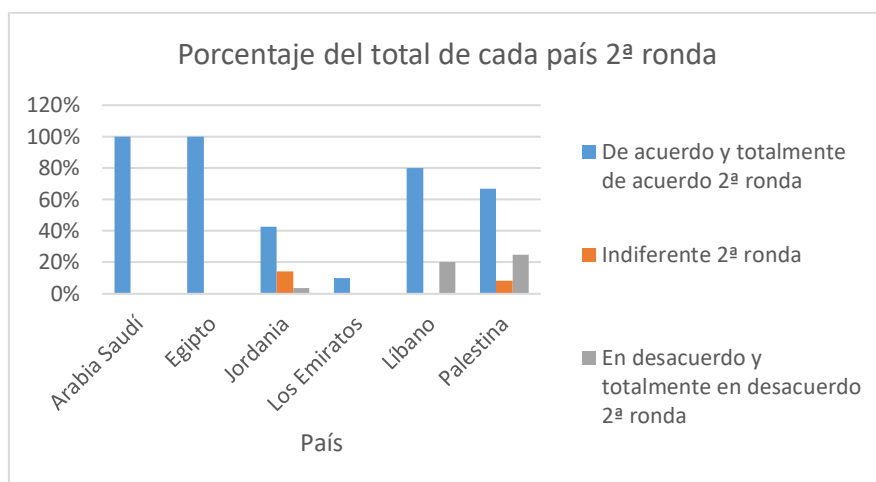
Las figuras 71 y 72 muestran el porcentaje del total de los participantes de cada país.

Se destaca que el 100% de los participantes de Arabia Saudí, Egipto, Iraq y Catar y el 88% de los del Líbano confirman que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja la realidad.

**Figura 71:** Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada país en la 1ª ronda



**Figura 72:** Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada país en la 2ª ronda

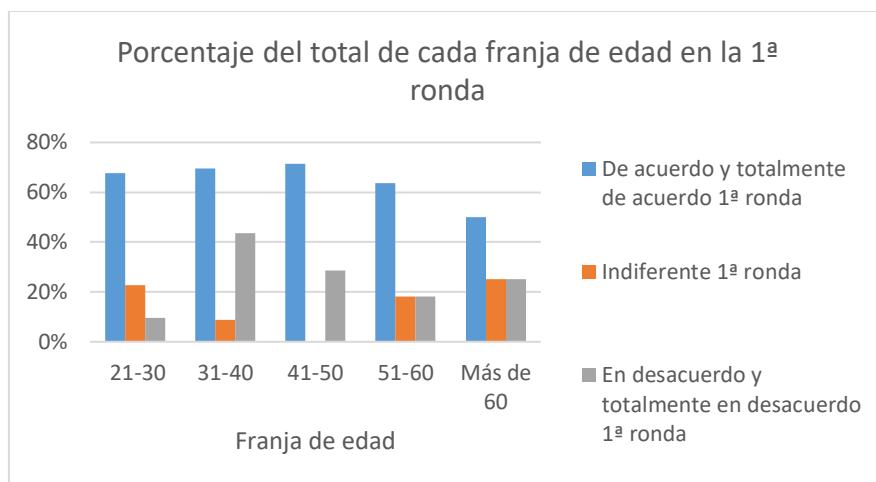


Las figuras 73 y 74 muestran el porcentaje del total de cada franja de edad.

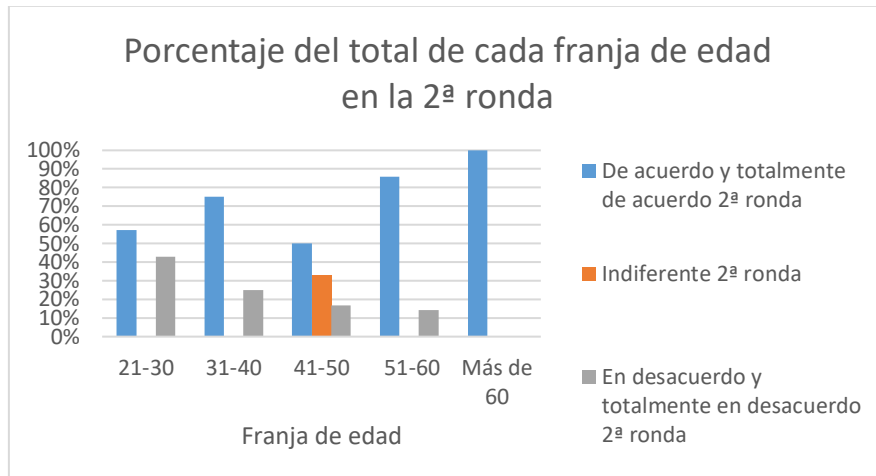
No se destaca ninguna tendencia significativa, salvo por el 100% de los participantes que tenían entre 41y 50 años en la 1ª ronda y el 100% de los participantes con más de 60 en la 2ª que confirmaron estar “en desacuerdo” o “totalmente en desacuerdo”.

No hemos localizado ningún estudio que relaciona la edad de los enfermeros con el nivel de satisfacción con el registro de enfermería.

**Figura 73:** Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada franja de edad en la 1ª ronda



**Figura 74:** Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada franja de edad en la 2ª ronda

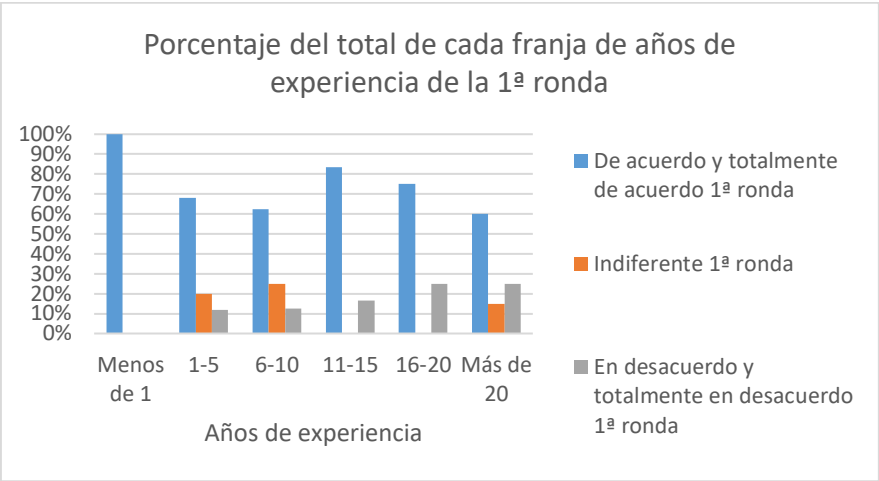


Las figuras (75) y (76) muestran el porcentaje del total de cada franja de años de experiencia.

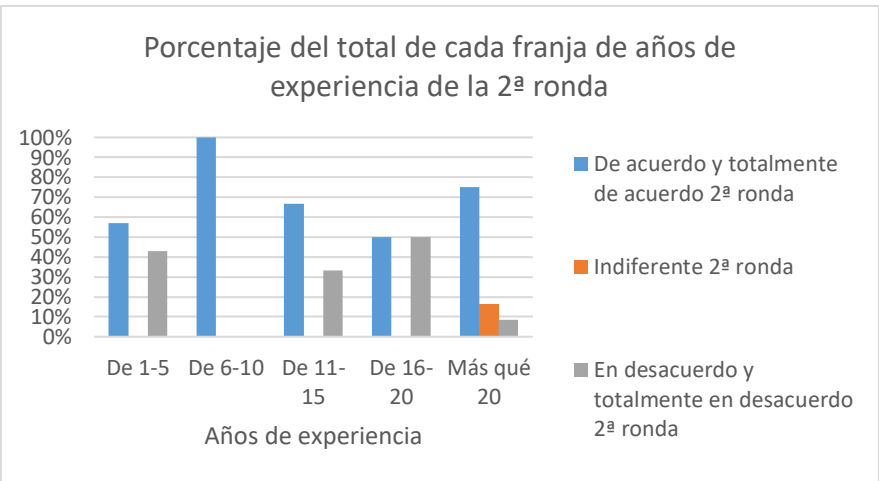
Se destaca que el 100% de los que tenían menos de un año en la 1ª ronda y otros tantos de los que tenían de 6 a 10 en la 2ª estaban “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el registro de enfermería en su sitio de trabajo refleja la realidad.

No hemos encontrado estudios publicados que relacionan los años de experiencia de los enfermeros/as con el nivel de satisfacción con el registro de enfermería.

**La figura 75:** Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada franja de años de experiencia en la 1ª ronda



**La figura 76:** Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada franja de años de experiencia en la 2ª ronda



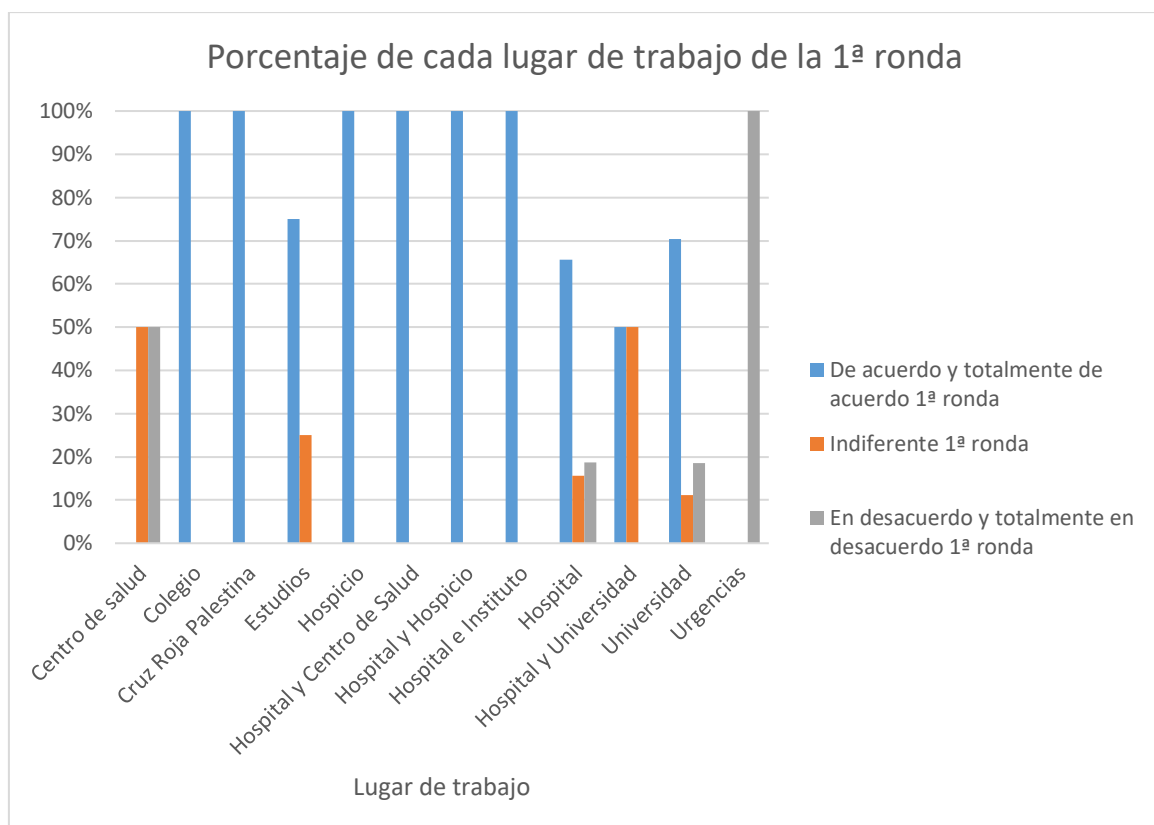
Las figuras 77 y 78 muestran el porcentaje del total de cada lugar de trabajo.

En la 1ª ronda, el 100% de los que trabajaban en colegios, Cruz Roja, hospicio, hospitales y centros de salud, hospital e instituto confirmaron que el registro de enfermería en su

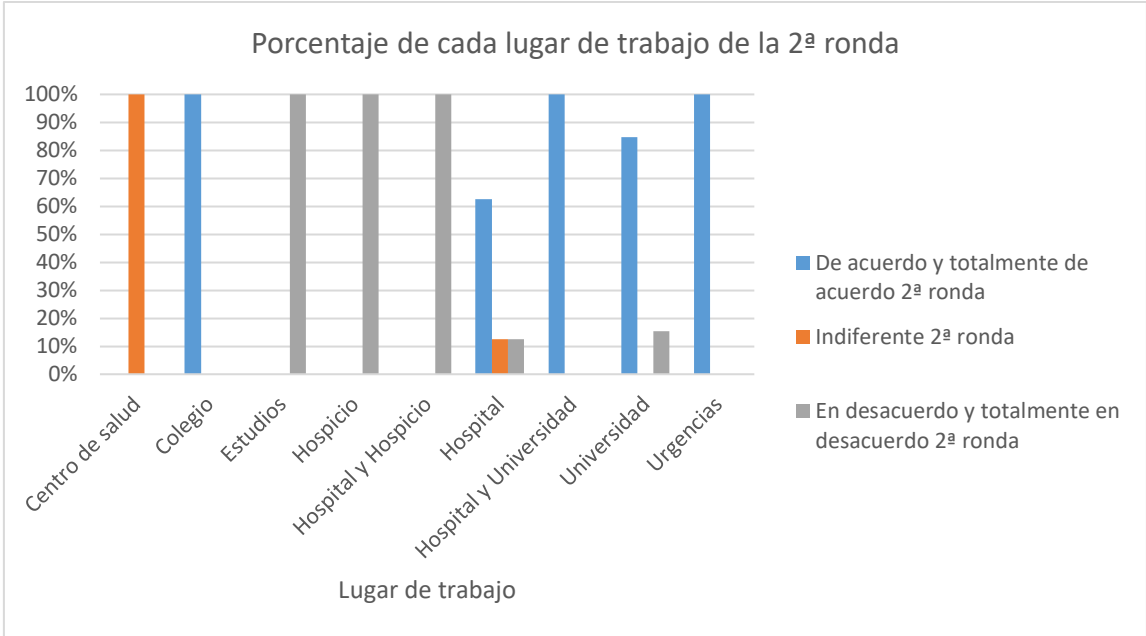
lugar de trabajo refleja la realidad. Mientras en la 2ª ronda el participante que trabajaba en hospicio cambió de opinión y optaba por estar “en desacuerdo”. El 100% de los estudiantes pasaban de estar entre “de acuerdo” y “indiferente” a estar “en desacuerdo”. El participante que trabajaba en hospital y hospicio pasaba de estar “de acuerdo” a estar “en desacuerdo” y el participante que trabajaba en urgencias pasaba de estar “en desacuerdo” a estar de acuerdo”.

Creemos que el cambio de opinión entre la 1ª ronda y la 2ª y las opiniones indiferentes pueden ser una señal de incerteza o falta de los conocimientos necesarios para dar una opinión objetiva.

**La figura 77:** Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada lugar de trabajo en la 1ª ronda



**La figura 78:** Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada lugar de trabajo en la 2ª ronda



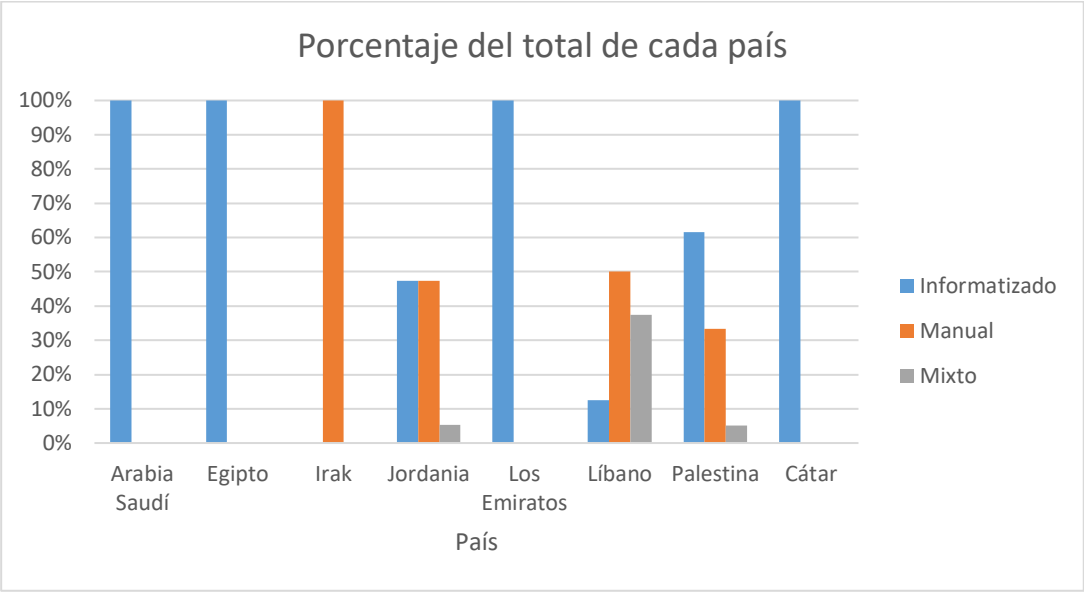
En cuanto al tipo del registro de enfermería utilizado en su lugar de trabajo, el 56,58% de los participantes utilizaban un registro electrónico, el 35,53% uno manual y el 7,89% uno mixto. (Tabla 65)

**Tabla 65:** Tipo de registros de enfermería utilizados

	1ª Ronda	Porcentaje
<b>Manual</b>	27	35,53%
<b>Informatizado</b>	43	56,58%
<b>MC</b>	6	7,89%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,00%</b>

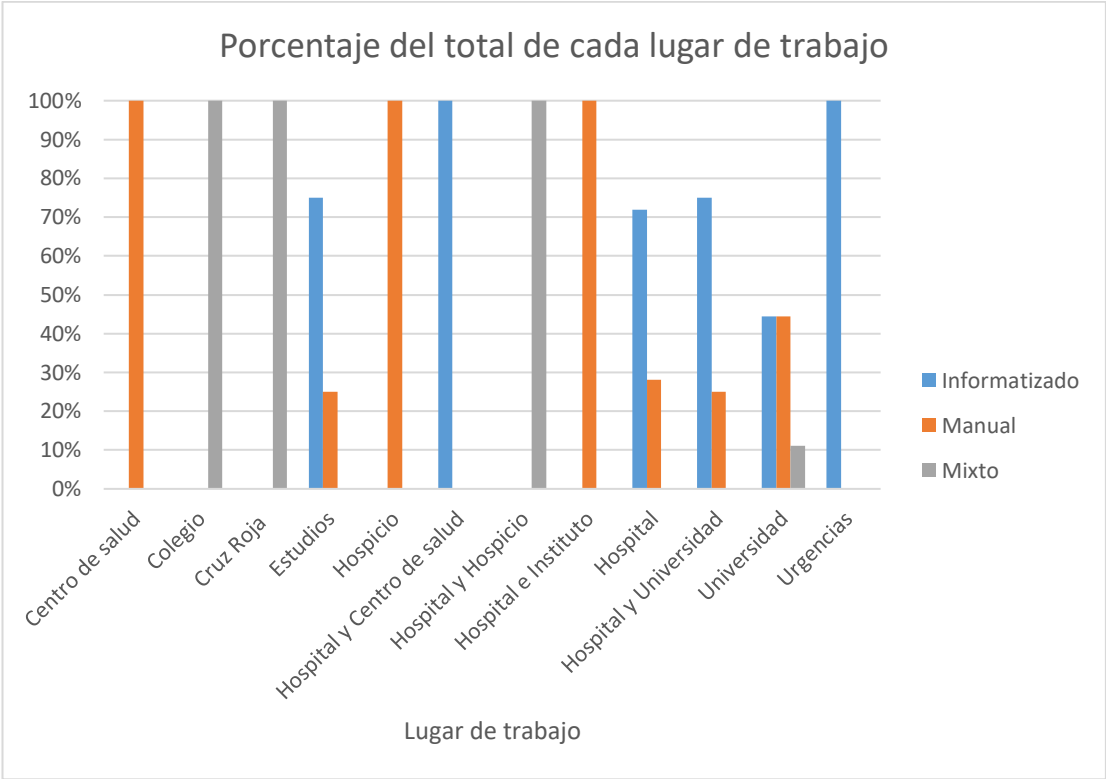
La figura 79 muestra el porcentaje de cada tipo de registro de enfermería del total de cada país.

**Figura 79:** Porcentaje de cada tipo de registros del total de cada país



La figura 80 muestra el porcentaje del total de cada lugar de trabajo.

**Figura (80):** Porcentaje de cada tipo de registros del total de cada lugar de trabajo





El porcentaje de dispositivos sanitarios que utilizan un sistema informatizado es más alto de lo que indica la información disponible en los estudios publicados.

Dichos artículos publicados sobre el tema confirman un uso limitado de los sistemas electrónicos de salud en los países árabes. Khalifa (2013),<sup>(140)</sup> Alsadan (2015).<sup>(137)</sup>

Al mismo tiempo la confirmación del uso de un sistema electrónico del 100% de los participantes de los países del Golfo es un indicador del rol del nivel económico en la implementación de los sistemas electrónicos de la salud. Además, puede ser a causa de la alta tasa del personal de enfermería expatriado en dichos países, lo cual exige unas condiciones de trabajo y un nivel de desarrollo parecido al que tienen en su país de origen.

En cuanto al manejo del registro de enfermería, el 73,69% de los participantes confirmaban que el registro de enfermería en su lugar de trabajo es fácil de manejar. (Tabla 66)

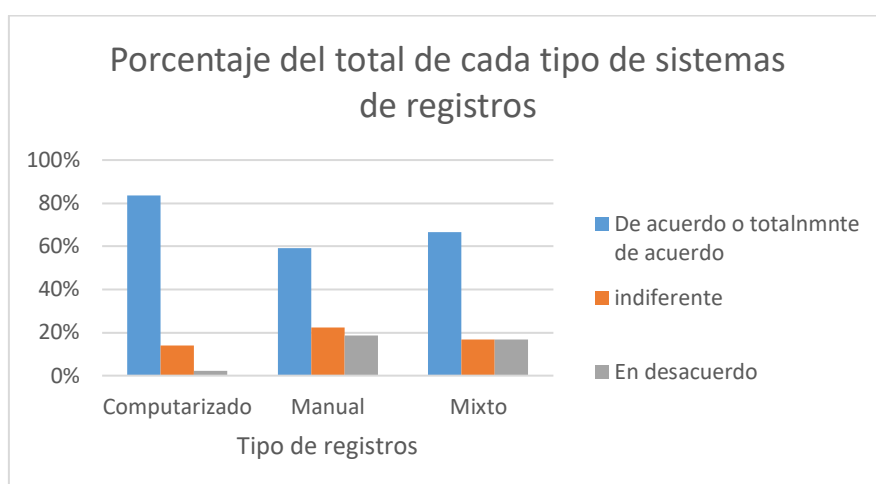
**Tabla (66):** Opiniones sobre si el registro de enfermería en su lugar de trabajo es fácil de manejar

	1ª Ronda	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	15	19,74%
<b>De acuerdo</b>	41	53,95%
<b>Indiferente</b>	13	17,11%
<b>En desacuerdo</b>	7	9,21%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	0	0,00%
<b>Total</b>	76	100,00%

Al correlacionar la contestación con el tipo de sistema utilizado, hemos notado que el porcentaje de los que utilizaban un sistema electrónico y confirmaban que el registro es fácil de manejar es mucho más alta que la de los que utilizaban un sistema manual. (Figura 81)

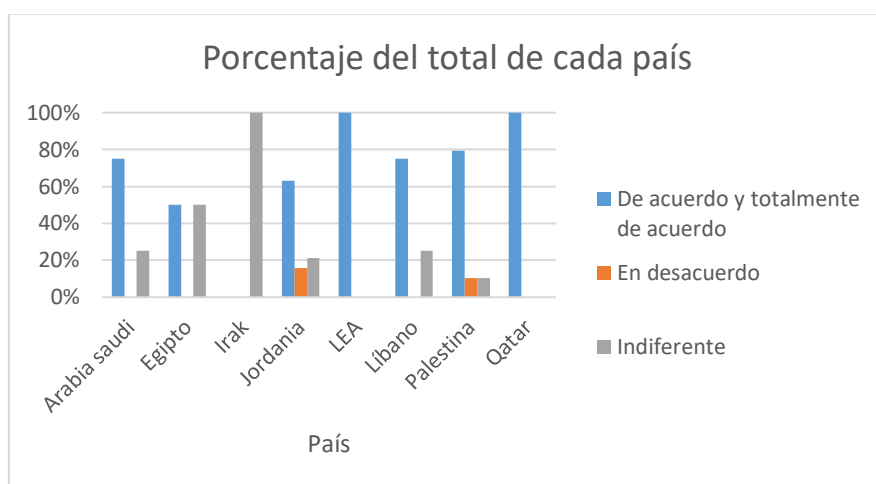
Este resultado coincide con los datos que confirman que los registros manuales de enfermería consumen mucho tiempo y causan dificultades a la hora de sacar y procesar la información, pero al mismo tiempo contradice con el resultado de muchos estudios que destacaron el rechazo hacia el uso de los sistemas electrónicos en los países árabes y la falta de preparación de los enfermeros/as para su uso. <sup>(138,202)</sup>

**Figura 81:** Correlación de la facilidad de uso de los registros con el tipo de los registros



En cuanto a la relación pregunta- país, se destaca que el 100% de los participantes de los países del Golfo confirmaron que el manejo de los registros es fácil; el 100% de estos participantes confirmaran el uso de un sistema electrónico. Figura (82)

**Figura (82):** Correlación de la facilidad de uso de los registros con el país



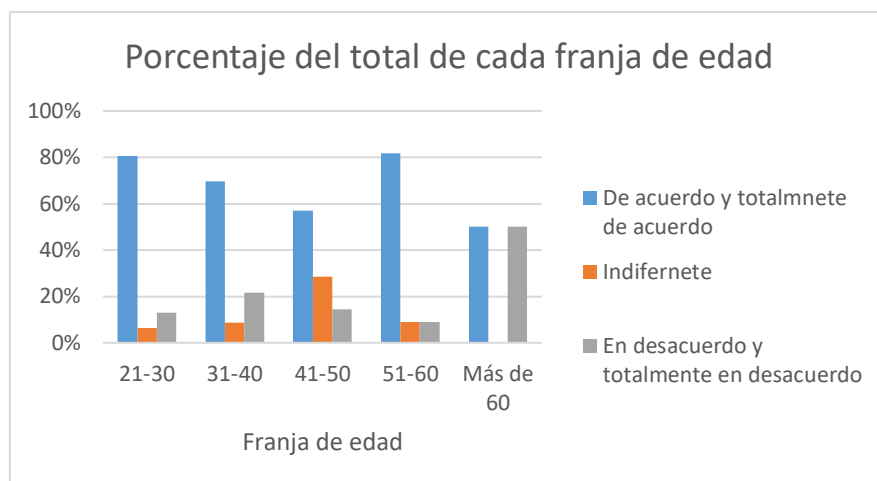
En cuanto a la relación edad y facilidad de uso, en general el porcentaje de los que confirmaron que el manejo del registro es fácil era mayor en las franjas de edad más joven (el 80,65% del los que tenían entre 21 y 30 años, el 69,57% de los que tenían entre 31y 40, el 57,14% de los que tenían entre 41-50 años y el 50% de los que tenían más de 60).

La única excepción era de la franja de edad de 51 a 60 años, donde el 81,82% confirmaron que el manejo del registro es fácil. (Figura 83)

La relación con la juventud puede ser relacionada con el cambio de preparación en la universidad, la incorporación de asignaturas de informática y la capacidad general más desarrollada del uso de la tecnología que poseen los jóvenes en comparación con los más mayores, también puede ser relacionado con los criterios y condiciones de contratación que seguramente exigen hoy en día un nivel alto de informática.

No hemos encontrado estudios que relacionan la edad con la facilidad para manejar los registros de enfermería.

**Figura (83):** Correlación de la facilidad de uso de los registros con la edad

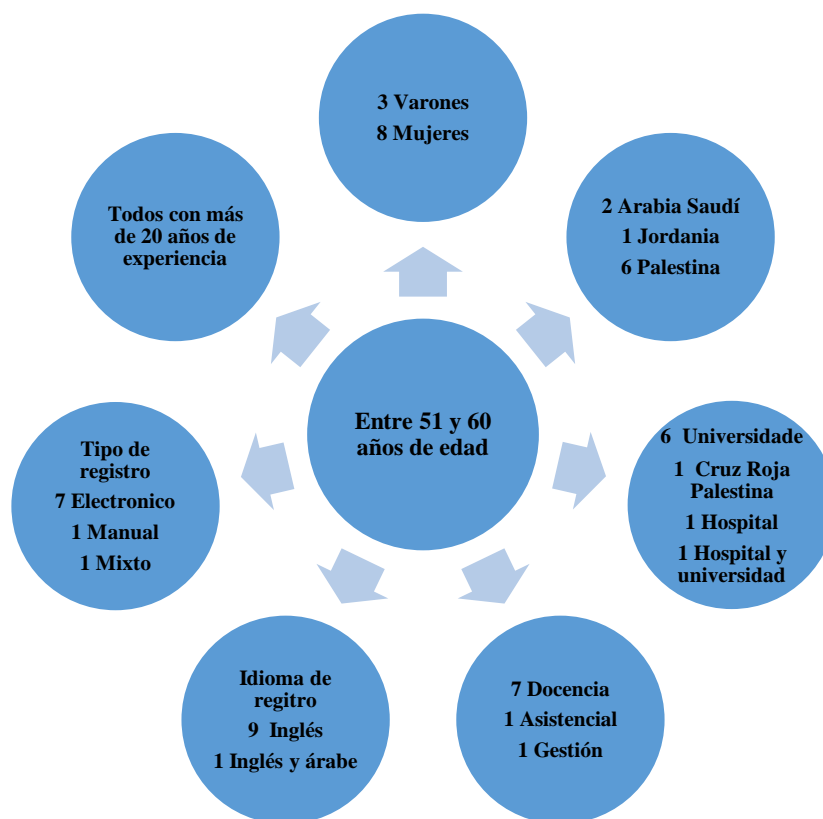


Hemos analizado el perfil de los participantes que tenían entre 51-60 años y confirmaron el manejo fácil de los registros (9 participantes). (Figura 84)

Lo que hemos notado en el perfil de estos participantes es que el 77,78% trabajan en universidades en puestos de docencia, y el 77,78% utilizan un sistema informatizado.

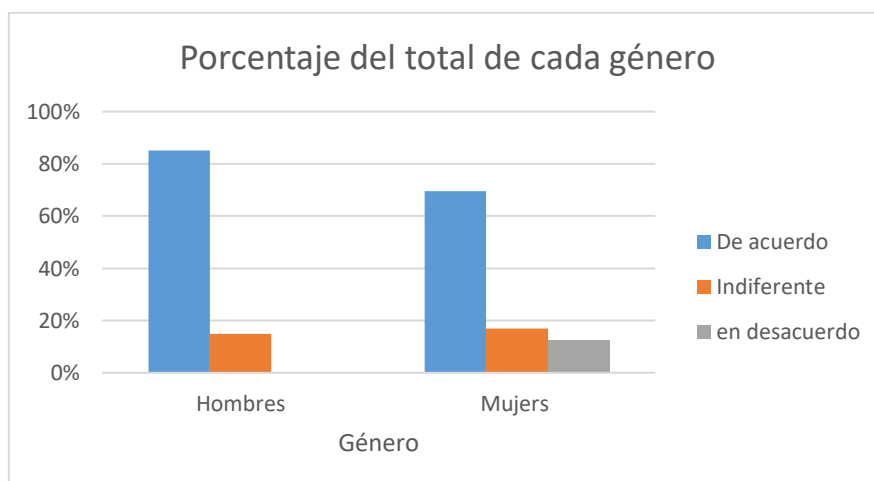
Este perfil sugiere que estos participantes utilizaban el registro de enfermería en su tarea como supervisor de los alumnos de enfermería en la práctica, y lo normal es dominar el uso de estos sistemas para poder facilitar una enseñanza de calidad, y cuando se domina el uso de los sistemas electrónicos de registros su uso resulta mucho más fácil que los manuales.

**Figura 84:** Perfil de los participantes que tenían entre 51-60 años y confirmaron el manejo fácil de los registros



En cuanto al género, el 85% de los enfermeros y el 69,64% de las enfermeras confirmaron que el manejo del registro es fácil, ninguno de los enfermeros confirmaba lo contrario y el 12,5% de las enfermeras lo confirmaban, el 15% de los enfermeros y el 17% de las enfermeras estaban indecisos. (Figura 85)

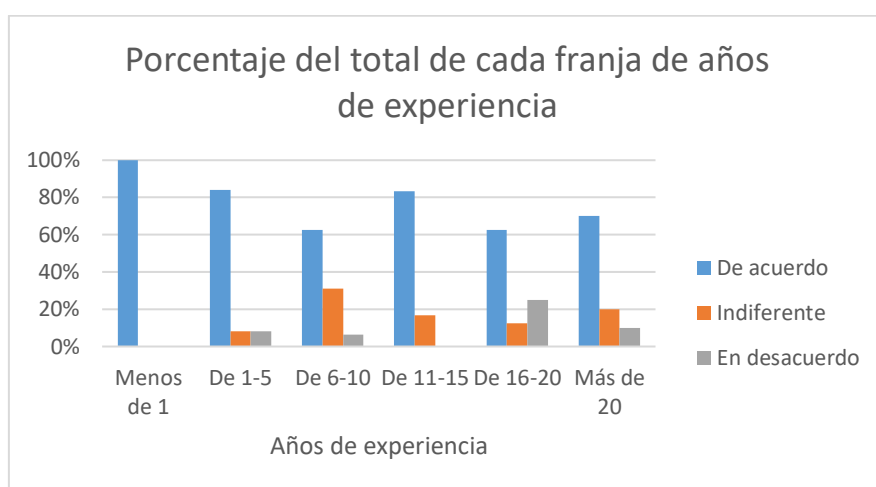
**Figura 85:** Correlación de la facilidad de uso de los registros con el género



En cuanto a los años de experiencia, generalmente se nota que cuánto menos años de experiencia más porcentaje de confirmación que el manejo de los registros es fácil; la única excepción es la de los que tenían entre 11 y 15 años de experiencia y los que tenían más de 20. (Figura 86)

Los años de experiencia está relacionado hasta cierto punto con la edad, por lo tanto, está tendencia puede ser relacionada con la facilidad que tienen los jóvenes para la informática y con la preparación previa al que no han tenido los más mayores.

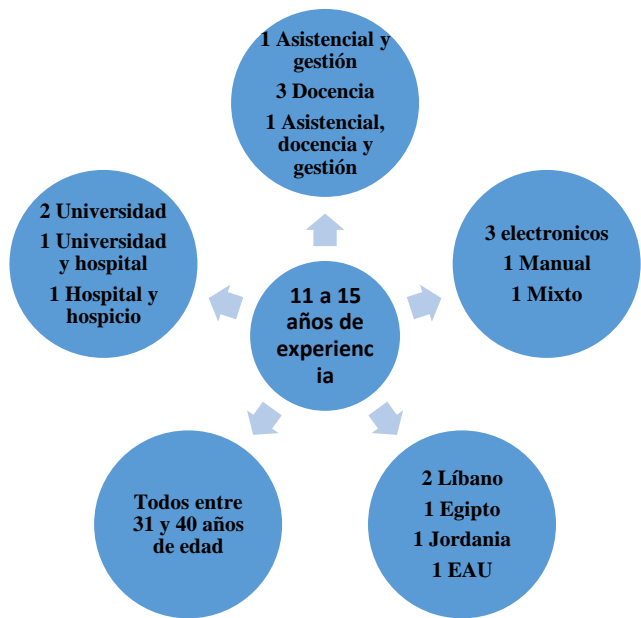
**Figura 86:** Correlación de la facilidad de uso de los registros con los años de experiencia



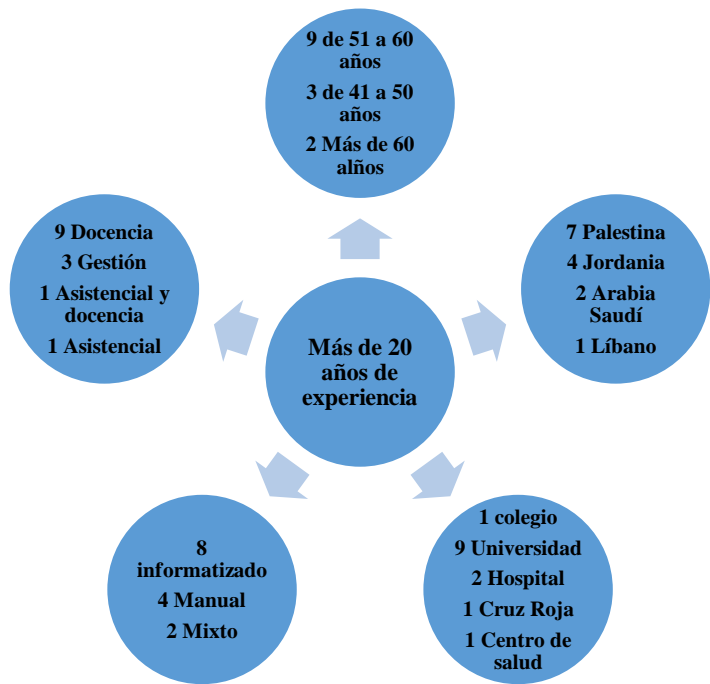
De los cinco participantes que tenían entre 11 y 15 años y confirmaron el manejo fácil del registro, el 60% utilizan un sistema informatizado, el 60% trabajan en universidades y el 80% ocupan un puesto de docencia; y de los 14 participantes que tenían más de 20 años de experiencia el 57% utilizaban un sistema informatizado, el 64,29% trabajaban en universidades y el 71,43 ocupaban puestos de docencia. Figuras (87y 88).

De nuevo se ve que la excepción está relacionada con el ámbito de trabajo (puestos de docencia), lo cual les obliga a tener un nivel alto de manejo de los sistemas de registros para poder supervisar la práctica de los alumnos.

**Figura 87:** Perfil de participantes que tenían entre 11 y 15 años de experiencia y confirmaron el manejo fácil del registro



**Figura 88:** Perfil de los participantes que tenían más de 20 años de experiencia y confirmaron el manejo fácil del registro



El 73,69% de los participantes confirman que el registro de enfermería en su país se considera prueba valida en un juicio, mientras el 21,05% no estaban seguros. (Tabla 67)

**Tabla 67:** Confirmación de la validez de los registros de enfermería en un juicio

	1ª Ronda	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	29	38,16%
<b>De acuerdo</b>	27	35,53%
<b>Indiferente</b>	16	21,05%
<b>En desacuerdo</b>	3	3,95%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	1,32%
<b>Total</b>	76	100,00%

No hemos encontrado ningún artículo que aborda el tema en los países árabes.

Recordamos que los directores de enfermería que confirmaron su validez en un juicio comentaron que ellos mismos no lo consideran prueba valida ni fiable dada la ausencia de mucha información relevante y las faltas de escritura y los posibles errores causados por el uso del inglés cuando el nivel de inglés de los enfermeros es bajo a regular.

### **Los diagnósticos de enfermería**

El 93,42% de los participantes estaban de acuerdo que la traducción correcta de “sufrimiento espiritual” al árabe es “al Mo’anat al Rauhiya- المعاناة الروحية”. (Tabla 68)

**Tabla 68:** Opiniones sobre la traducción de “sufrimiento espiritual”

	1ª Ronda	Porcentaje
<b>Al Moanat al Rauhiya- المعاناة الروحية</b>	71	93,42%
<b>Al Moanat al Nafsiya- المعاناة النفسية</b>	3	3,95%
<b>Otro</b>	2	2,63%
<b>Total</b>	76	100,00%

Este resultado coincide con la palabra elegida por la investigadora y es la única traducción posible, aunque se puede decir también “al Mo’anat al Rauhaniya- المعاناة الروحانية”.

“Al-Mo’anat al-Nafsiya- المعاناة النفسية” elegida por 3 de los participantes es una palabra en árabe que significa el sufrimiento psicológico, no sabemos el origen de esta confusión, dado que la diferencia de significado entre las dos es muy clara.

En cuanto a la traducción correcta de “duelo” al árabe, el 56,58% de los participantes en la 1ª ronda y el 75,86% en la 2ª optaron por la palabra al Hozn- الحزن. (Tabla 69)

**Tabla 69:** Opiniones sobre la traducción de “sufrimiento espiritual”

	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
Al Hozn-الحزن	43	56,58%	22	75,86%
Al Hotam-الحطام	1	1,32%	0	0,00%
Al Asaa-الأسى	11	14,47%	4	13,79%
Al Wala-الولع	0	0,00%	0	0,00%
Al Mosab-المصاب	3	3,95%	0	0,00%
Al Fajia-الفجعة	17	22,37%	2	6,90%
Otro (Luto)-الحداد	1	1,32%	1	3,45%
Total	76	100%	29	100%

La palabra Hozn significa literalmente tristeza y su uso y significado en el árabe se limita a la tristeza; creemos que elegir esta palabra puede ser fruto de la falta de comprensión del duelo como un proceso y por la dificultad de traducirlo al árabe.

Mientras que la tristeza es un sentimiento, el duelo es un proceso que puede conllevar muchos otros sentimientos y cambios en el comportamiento y en el estilo de vida. La tristeza no es más que un manifiesto del duelo, por lo tanto, consideramos que la palabra “Hozn” es inadecuada para describir el duelo.

Al mismo tiempo somos conscientes de que es un concepto nuevo y de que muchos lo desconocen dentro del ambiente de la sanidad y fuera de él.

La traducción de “duelo” ha sido un proceso complicado y difícil por la autora de este trabajo; durante los años de trabajo en paliativos, la palabra elegida era “Hadad” que significa luto, aunque tampoco describe correctamente el proceso del duelo tal como lo comprendimos hoy en día.

Tras una búsqueda en los diccionarios y una consulta a algunos expertos en la filología árabe hemos acordado que la palabra que se acerca más al duelo es “al Asaa”.

“Al Asaa” es una palabra que en su significado lleva mucha información: sentirse triste por la pérdida de algo o alguien hasta un límite que puede provocar cambios en tu vida y tu manera de ver el mundo, es un estado de ánimo permanente y nunca desaparece del todo.

Solo uno de los participantes coincidió con la traducción de la autora, aunque no es una casualidad que era el participante que por su especialidad trabajaba mucho con este diagnóstico.



En cuanto a la traducción correcta de “desesperanza”, el 61,84% optaron por “Foqdan al Amal-فقدان الأمل” y el 38,16% por “Alya’s-اليأس”. (Tabla 70)

**Tabla 70:** Opiniones sobre la traducción de “desesperanza”

	1ª Ronda	Porcentaje
Foqdan al Aamal-فقدان الأمل	47	61,84%
Al Yaas-اليأس	29	38,16%
Otra	0	0,00%
Total	76	100,00%

Las dos palabras tienen el mismo significado en árabe y su usan para expresar el mismo estado psicológico.

En cuanto a la evaluación de la definición de la “desesperanza” en la terminología ATIC el 81,58% de los participantes de la 1ª ronda estaban de acuerdo que es correcta y completa. (Tabla 71)

En relación con la evaluación de la definición del “duelo” en la terminología ATIC el 65,79% de los participantes en la 1ª ronda estaban de acuerdo que es correcta y completa, hemos incluido esta pregunta en el cuestionario de la 2ª ronda y los que estaban de acuerdo formaron el 96,56% del total de los participantes y con ningún participante que no estaba de acuerdo. (Tabla 72)

En cuanto a la evaluación de la definición del “sufrimiento espiritual” en la terminología ATIC el 80,26% de los participantes en la 1ª ronda estaban de acuerdo que es correcta y completa. (Tabla 73)

**Tabla 71:** Evaluación de la definición de la desesperanza de la ATIC

	1ª Ronda	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	11	14,47%
De acuerdo	51	67,11%
Indiferente	6	7,89%
En desacuerdo	8	10,53%
Totalmente en desacuerdo	0	0,00%
Total	76	100%

**Tabla 72:** Evaluación de la definición del duelo de la ATIC

	1ª Ronda	Porcentaje	2ª ronda	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	13	17,11%	8	27,59%
<b>De acuerdo</b>	37	48,68%	20	68,97%
<b>Indiferente</b>	13	17,11%	1	3,45%
<b>En desacuerdo</b>	12	15,79%	0	0,00%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	1,32%	0	0
<b>Total</b>	76	100%	29	100%

**Tabla 73:** Evaluación de la definición del sufrimiento espiritual de la ATIC

	1ª Ronda	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	11	14,47%
<b>De acuerdo</b>	50	65,79%
<b>Indiferente</b>	8	10,53%
<b>En desacuerdo</b>	6	7,89%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	1,32%
<b>Total</b>	76	100%

Nos llama la atención que en ambos métodos de colección de datos; las entrevistas y los cuestionarios, la opinión de los participantes se inclina hacia las definiciones de la terminología ATIC, aunque el lenguaje utilizado en su lugar de trabajo es la NNN.

Hemos analizado ambas definiciones para intentar entender este fenómeno y explorar carencias posibles en las definiciones de la NNN.

El duelo según la definición de la NANDA es “complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias, comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida”. (10,11)

Y según la terminología ATIC es: “la persona experimenta un conjunto de respuestas físicas, psicoemocionales, sociales y espirituales, de adaptación frente a una pérdida, y es una respuesta de adaptación saludable que se manifiesta de manera diferente en función del contexto sociocultural y de las creencias y valores de las personas o el grupo”. (18)

Ambas definiciones incorporan las distintas respuestas humanas a una pérdida; pero en la definición de la ATIC destacan dos aspectos que pueden ser la razón de su elección en las entrevistas y los cuestionarios:

- 1- “Una respuesta de adaptación saludable”: lo cual coincide con la perspectiva cultural del duelo en los países árabes; los árabes en su mayoría creen en la voluntad de Dios y que todo lo que les ocurra en la vida está predestinado, su fe en Dios les obliga a aceptarlo, y como norma general la persona que sufre el duelo lo vive rodeada de sus seres queridos, y lo consideran una respuesta normal que les ayuda a volver a la normalidad lo antes posible.
- 2- “Se manifiesta de manera diferente en función del contexto sociocultural y de las creencias y valores de la persona”.

El componente sociocultural mencionado es de gran importancia y su comprensión juega un rol esencial a la hora de elaborar el plan de cuidado de un paciente que está pasando por el duelo.

Los árabes tienen gran respeto a las normas culturales en general, y más cuando se trata de la muerte, uno de los eventos más comunes que causan el duelo.

Creemos que quizá esta fuerte adherencia a la cultura genera esta necesidad de tener las diferencias culturales presentes, por lo tanto, la definición del ATIC les parece más completa y correcta.

La NANDA define la desesperanza como: “estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho”. (10,11)

Mientras la terminología ATIC la describe como: “La persona presenta una insuficiencia de los mecanismos de afrontamiento que expresa una postura de rendición, con depreciación del autoconcepto, inhibición emocional, pasividad y ruptura de la continuidad temporal hacia el futuro”. (18)

En la definición del ATIC menciona mecanismos de afrontamiento, lo cual deja claro que es un estado subjetivo, pero a la vez permite intervenciones para la mejora de este estado.

También, cuando habla de la ruptura de la continuidad hacia el futuro, la describe como temporal, lo cual es más comprensible en la cultura árabe; el islam no permite la rendición y el rechazo del futuro, aunque es doloroso y desesperante, por lo tanto, dejar claro que es un estado que puede ser temporal y corregible, coincide más con las creencias de los árabes.

Por otro lado, el uso de “elecciones personales” y “en su propio provecho” no se acerca a la mentalidad árabe; la cultura árabe es una cultura de grupos, y no fomenta el

individualismo, todas las decisiones se toman en grupo y están orientadas al beneficio del grupo.

El sufrimiento espiritual según la NANDA es “deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo”.<sup>(10,11)</sup>

La terminología ATIC lo describe como: “la persona experimenta un padecimiento angustioso, intensa y doloroso, vinculado a la incapacidad para encontrar, mantener o recuperar el equilibrio interno que le permite cuestionar el sentido de la propia existencia o de la situación que está viviendo, y que fomenta su relación con lo que es trascendental”.<sup>(18)</sup>

La mayoría de los árabes no separan la espiritualidad de la religión, y creen que la fe proporciona la paz interior; creemos que relacionar el sufrimiento espiritual con el equilibrio interior coincide con esta creencia. Además, describir los sentimientos asociados a este diagnóstico ayuda a detectarlo, comprenderlo y plantear las intervenciones adecuadas para ayudar a superarlo.

Por otra parte, creemos que el arte, la música y la literatura no se consideran componentes espirituales en la cultura árabe. En la pregunta relacionada con las intervenciones vinculadas al sufrimiento espiritual notamos que las intervenciones relacionadas con la música y la literatura no han sido considerados importantes en el plan de cuidado de un paciente que sufre sufrimiento espiritual.

En la pregunta donde los participantes tenían que elegir todas las intervenciones vinculadas al cuidado de un paciente que sufre de duelo y/o desesperanza, no hemos conseguido un consenso para ninguna de las intervenciones, salvo para una sola intervención que es “la escucha activa”, un resultado inesperado y creemos que puede ser causado por el formato de la pregunta en el cuestionario y por el cansancio siendo la penúltima pregunta con una lista larga de intervenciones que no ha tenido la suficiente atención de parte de los participantes, por esta razón hemos cambiado el formato de la pregunta en la 2ª ronda para que sea obligatorio marcar una casita para cada intervención decidiendo el grado de su importancia en el cuidado de un paciente que sufra de duelo y/o desesperanza en una escala de 1 a 5 siendo el 1 innecesaria y el 5 imprescindible.

En la 2ª ronda hemos conseguido el consenso con más del 70% en todas las intervenciones a excepción de las siguientes que no llegaron al 70% pero tampoco bajaron del 50%:

- Reposo de fonatorio (55,17%)
- Mediar: conflictos familiares (65,52%)
- Enseñar: auto muestreo de fluidos corporales (55,17%)
- Conducta defensiva: redirigir (68,96%)
- Musicoterapia (68,96%)
- Colcheo: favorecer (65,52%)
- Terapia literaria (65,51%)
- Masaje infantil (65,52%)

El efecto cultural se percibe en el hecho de que se dé menos importancia a la mediación en los conflictos familiares, lo cual se debe a la unión familiar fuerte en la cultura árabe y a la tendencia de no compartir problemas familiares con extraños y no permitir su interferencia.

Se nota también en que se dé menos importancia a las terapias de música y literatura, dos actividades culturales que no se asocian con el bienestar de las personas en la cultura árabe; en cambio, los participantes añadieron como intervención importante las actividades religiosas como se ve en el próximo párrafo.

Los participantes en la 1ª ronda añadieron 3 intervenciones que echaron de menos en la lista: escuchar música, practicar rituales religiosos con la oración y la lectura del Corán y informar al paciente de su enfermedad y fomentar el amor a la vida prestando apoyo psicológico. De estas tres intervenciones solo uno no ha conseguido el consenso en el 2ª ronda que es escuchar música (62,07%). (Tabla 74)

**Tabla 74:** Evaluación de la importancia de las intervenciones de la ATIC vinculadas al duelo y la desesperanza

<b>Intervenciones de enfermería</b>	<b>Suma de 5+4 de la 2ª ronda</b>	<b>Resultado de la 1ª Ronda</b>
Cuidado de ingresos	86,21%	36,84%
Escucha activa	100,00%	86.84%
Estabilización anímica ( <i>emotional debriefing</i> )	93,11%	61,84%
Educación sanitaria: Medicación	86,21%	30.26%
Educación sanitaria: prevención de complicaciones	89,66%	26.32%
Prevención	82,75%	31.58
Cuidador: implicación	86,21%	47.37%
Educación sanitaria: proceso de la enfermedad	89,65%	34.21%
Educación de la salud: dieta	82,76%	22.37%
Educación de la salud: técnicas simples	86,21%	23.37%
Escucha activa: familia	100,00%	67.11%
Educación sanitaria: estrategias de adaptación	96,55%	48.68%
<i>Counseling</i>	100,00%	60.53%
Estabilización emocional	96,55%	59.21%
Conservación de la autoestima	96,55%	67.11%
Educación sanitaria: técnicas complejas	72,41%	18.42%
Educación sanitaria: control de síntomas	89,65%	27.63%
Estabilización anímica: familia	89,66%	43.42%
Distracción	79,31%	28.95%
Vínculos familiares: favorecer	100,00%	56,58%
Promocionar la comunicación no verbal	96,55%	30.26%
Reestructuración cognitiva	82,75%	36.84%
Fortalecer el vínculo padres-hijos	93,11%	36.84%

<b>Educación sanitaria: técnicas de control de la ansiedad</b>	93,11%	48.68%
<b>Progreso de la enfermedad: apoyar la adaptación</b>	89,65%	36.84%
<b>Comunicación: adaptar</b>	96,55%	35.53%
<b>Estimulación sensomotora</b>	86,21%	19.74%
<b>Adaptación a la muerte: apoyo a la familia</b>	93,11%	50.00%
<b>Reorientación</b>	86,20%	35.53%
<b>Agresividad: prevención</b>	89,66%	30.26%
<b>Paseo terapéutico</b>	79,31%	26.32%
<b>Cambio de la imagen corporal: apoyo a la adaptación</b>	86,20%	21.05%
<b>Relajación: inducción</b>	93,10%	52.63%
<b>Suicidio: prevención</b>	89,65%	63.16%
<b>Conducta regresiva: reconducir</b>	75,86%	32.89%
<b>Alianza terapéutica</b>	93,11%	36.84%
<b>El cuidado de “Kangaroo”</b>	72,41%	6,58%
<i>De-escalation technique</i>	72,42%	15.79%
<b>Agresividad: abordar</b>	79,31%	18.42%
<b>Terapia de juego</b>	82,76%	26.32%
<b>Apoyo a la familia: adaptación con el progreso de la enfermedad</b>	86,21%	34.21%
<b>Terapia de grupo</b>	96,55%	42.11%
<b>Entrevista terapéutica</b>	96,55%	35.53%
<b>Reacondicionamiento fonatorio</b>	58,62%	17.11%
<b>Reposo sensorial</b>	82,76%	42.11%
<b>Mediación de conflicto</b>	68,96%	10.53%
<b>Educación sanitaria: técnica de autocontrol</b>	93,11%	30.26%
<b>Masaje simple</b>	68,97%	30.26%
<b>Apoyo a la adaptación del diagnóstico de la enfermedad</b>	86,21%	26.32%
<b>Conducta dependiente: redirigir</b>	82,76%	19.74%

<b>Estimulación sensorial</b>	72,42%	17.11%
<b>Reposo de fonatorio</b>	55,17%	7.89%
<b>Mediar: conflictos familiares</b>	65,52%	13.16%
<b>Educación sanitaria: obtención de muestras</b>	55,17%	5.26%
<b>Conducta defensiva: redirigir</b>	68,96%	18.42%
<b>Adaptación al diagnostico de la enfermedad: apoyar a la familia</b>	86,21%	28.95%
<b>Musicoterapia</b>	68,96%	36.84%
<b>Colcheo: favorecer</b>	65,52%	5.26%
<b>Terapia de literaria</b>	65,51%	19.74%
<b>Masaje infantil</b>	65,52%	9.21%
<b>Apoyo al duelo</b>	96,55%	44.74%
<b>Monitorización Psicoemocional</b>	100,00%	50.00%
<b>Estimulación motora</b>	86,20%	18.42%
<b>Recuperar la autoestima</b>	100,00%	65.79%
<b>Escuchar música</b>	62,07%	
<b>Prácticas religiosas como rezar y leer versos del Corán</b>	96,55%	
<b>Informar de la enfermedad y promocionar el amor a la vida a través del apoyo psicológico.</b>	93,10%	

En la pregunta relacionada con las intervenciones vinculadas al sufrimiento espiritual hemos cambiado el formato de la pregunta igual como explicamos en la pregunta anterior.

En la 2ª ronda hemos conseguido el consenso de más del 70% para todas las intervenciones, a excepción de las siguientes que no han llegado al 70% pero tampoco bajaron del 50%:

- Terapia de juego (68,96%)
- Mediar: conflictos (68,97%)
- Masaje simple (68,96%)
- Mediar: conflictos familiares (58,62%)
- Redirigir actitud defensiva (58,62%)



- Musicoterapia (68,97%)
- Terapia de literatura (55,18%)

Igual como en la pregunta sobre las intervenciones vinculadas al duelo y la desesperanza, los participantes dieron menos importancia a la mediación en los conflictos y a las terapias de música, juego y literatura.

Los participantes en la 1ª ronda añadieron 3 intervenciones que echaron de menos en la lista: diagnóstico temprano, escuchar material religioso y terapia de deporte.

Las tres intervenciones han tenido el consenso de los participantes en la 2ª ronda. (Tabla 75)

**Tabla 75:** Evaluación de la importancia de las intervenciones de la ATIC vinculadas al sufrimiento espiritual

Intervenciones de enfermería	Suma de 5+4 de la 2ª ronda	Resultados de la primera ronda
Cuidado de ingreso	86,20%	30.26%
Escucha activa	100,00%	75.00%
Cierre emocional ( <i>emotional debriefing</i> )	89,65%	67,11%
Educación de la salud: prevención de complicaciones	82,76%	26.32%
Participación o enredo del cuidador	89,65%	36.84%
Educación de la salud: proceso de la enfermedad	86,21%	27.63%
Educación de la salud: dieta	75,86%	23.63%
Educación de la salud: técnicas simples	72,41%	19.74%
Escucha activa: familia	93,11%	65.79%
Educación de la salud: estrategias de adaptación	89,66%	44.74%
<i>Counseling</i>	96,55%	60.53%
Estabilización emocional	89,66%	60.53%
Conservación de la autoestima	100,00%	60.53%
Educación de la salud: técnicas complejas	75,87%	14.47%

<b>Educación de la salud: control de síntomas</b>	86,21%	18.42%
<b>Estabilización anímica: familia</b>	93,10%	46.05%
<b>Distracción</b>	72,42%	27.63%
<b>Fortalecer los vínculos familiares</b>	89,65%	43.42%
<b>Promocionar la comunicación no verbal</b>	79,31%	21.05%
<b>Reestructuración cognitiva</b>	86,21%	44.74%
<b>Fortalecer el vínculo padres-hijos</b>	93,10%	26.32%
<b>Educación de la salud: técnicas de control de la ansiedad</b>	89,65%	27.63%
<b>Progreso de la enfermedad: apoyar la adaptación</b>	86,21%	21.05%
<b>Comunicación: adaptar</b>	93,10%	32.89
<b>Estimulación sensomotora</b>	79,31%	21.05%
<b>Adaptación a la muerte: apoyo a la familia</b>	86,21%	21.05%
<b>Reorientación</b>	89,66%	28.95%
<b>Agresividad: prevención</b>	82,76%	18.42%
<b>Paseo terapéutico</b>	72,41%	19.74%
<b>Cambio de la imagen corporal: apoyo a la adaptación</b>	86,21%	17.11%
<b>Relajación: inducción</b>	89,66%	47.37%
<b>Suicidio: prevención</b>	96,55%	39.47%
<b>Conducta regresiva: reconducir</b>	89,66%	17.11%
<b>Alianza terapéutica</b>	96,55%	25.00%
<i>De-escalation technique</i>	79,31%	10.53%
<b>Agresividad: abordar</b>	79,31%	14.47%
<b>Terapia de juego</b>	68,96%	13.16%
<b>Apoyo a la familia: adaptación con el progreso de la enfermedad</b>	89,66%	21.05%
<b>Terapia de grupo</b>	100,00%	35.53%
<b>Entrevista terapéutica</b>	100,00%	35.53%

<b>Reposo sensorial</b>	89,66%	35.53%
<b>Mediación de conflicto</b>	68,97%	17.11%
<b>Educación de la salud: técnica de autocontrol</b>	93,10%	25.00%
<b>Masaje simple</b>	68,96%	21.05%
<b>Apoyo a la adaptación del diagnóstico de la enfermedad</b>	79,31%	15.79%
<b>Conducta dependiente: reconducir</b>	79,31%	14.47%
<b>Estimulación sensorial</b>	79,31%	19.74%
<b>Mediar: conflictos familiares</b>	58,62%	13.16%
<b>Conducta defensiva: redirigir</b>	58,62%	10.53%
<b>Adaptación al diagnóstico de la enfermedad: apoyar a la familia</b>	89,65%	15.79%
<b>Musicoterapia</b>	68,97%	31.58%
<b>Colcheo: favorecer</b>	72,41%	7.89%
<b>Terapia de literaria</b>	55,18%	22.37%
<b>Meditación</b>	82,76%	48.68%
<b>Revitalización: mente/alma</b>	96,55%	50.00%
<b>Reequilibrio espiritual</b>	86,20%	43.42%
<b>Generación de esperanza</b>	96,55%	48.68%
<b>Movimientos de meditación</b>	79,31%	38.16%
<b>Rezar</b>	96,56%	52.63%
<b>Cuentos reflexivos</b>	82,76%	32.89
<b>Reflexión trascendental</b>	72,41%	26.32%
<b>Reflejo de gratitud</b>	89,66%	22.37%
<b>Dignificación</b>	93,10%	22.37%
<b>Apoyar el bienestar espiritual</b>	89,66%	46.05%
<b>Evaluación de la fortaleza espiritual</b>	89,66%	36.84%
<b>Calmar la descomodidad espiritual</b>	86,21%	34.21%
<b>Explorar el significado espiritual del sufrimiento</b>	89,66%	26.32%

<b>Estimular el autovalor</b>	86,21%	26.32%
<b>Conducir las preguntas y dudas trascendentales</b>	72,41%	22.37%
<b>Activación de actitud</b>	86,21%	14.47%
<b>Conservar la autoestima</b>	96,55%	25.00%
<b>Conciliación cultural</b>	86,20%	22.37%
<b>Desviación positiva</b>	68,96%	14.47%
<b>Nutrición emocional</b>	79,31%	34.21%
<b>Terapia de resolución de aceleración emocional</b>	79,31%	22.37%
<b>Apoyo al duelo</b>	89,65%	26.32%
<b>Monitorización psicoemocional</b>	96,55%	23.68%
<b>Ejercicios de resiliencia</b>	79,31%	23.68%
<b>Estabilización psicológica y mental</b>	93,10%	30.26%
<b>Apoyo a la adaptación</b>	86,21%	31.58%
<b>Confrontación positiva</b>	86,21%	34.21%
<b>Estimulación motora</b>	82,76%	11.84%
<b>Recuperar la autoestima</b>	89,66%	32.89
<b>Diagnóstico precoz</b>	89,65%	
<b>Escuchar temas religiosos</b>	86,21%	
<b>Terapia deportiva</b>	86,21%	



## **11. CONCLUSIONES**

---



## **CONCLUSIONES**

- 1- La perspectiva de la realidad sobre los temas abordados no coincide en los dos métodos de recogida de datos.
- 2- La perspectiva de los directores de enfermería entrevistados está en línea con la información obtenida de los otros estudios publicado sobre estos temas en los países árabes y a nivel internacional.
- 3- La NNN es el lenguaje enfermero más conocido y utilizado en los países árabes.
- 4- Hace falta mucha investigación sobre el uso de los lenguajes enfermeros para determinar cuál es la situación real y cuáles son las limitaciones a las que se enfrenten los/as enfermeras en la región árabe.
- 5- La adaptación cultural de los lenguajes enfermeros es esencial para acercarse a las necesidades culturales de los pacientes y el personal de enfermería árabe.
- 6- Una versión en árabe de los lenguajes enfermeros mejoraría la comprensión de dichos lenguajes y facilitaría su aplicación.
- 7- El registro de enfermería se considera una prueba válida en un juicio, aunque los directores de enfermería no confían en la calidad de la información registrada.
- 8- Las definiciones de los diagnósticos y las intervenciones vinculadas a dichos diagnósticos son más correctas y completas en la terminología ATIC.
- 9- La elección del contenido de la terminología ATIC indica carencias en el lenguaje NNN utilizado y pone en duda la confirmación de la facilidad de su comprensión y su aplicación y su adaptación a la cultura árabe.
- 10- La elección de la terminología ATIC parece indicar su cercanía a las necesidades de los/as enfermeros/as árabes.
- 11- Es conveniente estudiar a fondo la terminología ATIC e iniciar investigaciones para explorar el nivel necesario de ajuste a las necesidades culturales en la región árabe.
- 12- El uso de los registros electrónicos de enfermería en los países árabes parece ser más frecuente de lo que indican los estudios.
- 13- Hacen falta estudios de evaluación de la implantación de los lenguajes enfermeros en los registros electrónicos, de la calidad de estos registros y de la satisfacción de los/as enfermeros/as con su uso.
- 14- la existencia de una laguna en la comunicación y la documentación generada por el uso de idiomas no maternos y el bajo nivel en dichos idiomas ha sido confirmada por los directores de enfermería y negada por los enfermeros.



- 15- Nos inclinamos más hacia la opinión de los directores en este tema, no solo por su preparación y puesto de trabajo, sino también porque la mayoría de los estudios indican que las barreras lingüísticas son la primera causa de problemas en la comunicación y la documentación en el ámbito de la salud.
- 16- Los directores confirman la existencia de deficiencias en los registros de enfermería; coincidiendo con los estudios publicados y contradiciendo la opinión de los enfermeros.
- 17- La profesión de enfermería en el mundo árabe necesita planes estratégicos para organizar y estandarizar la práctica de enfermería, y garantizar la calidad de la atención de enfermería.
- 18- Los resultados de esta investigación no pueden ser generalizados a todos los países de Oriente Medio, dado que la mayoría de los participantes eran de Palestina y Jordania.
- 19- Los resultados de este estudio pueden ser indicativos en cuanto a la situación general en la región y de gran utilidad para la reflexión y para el desarrollo de planes estratégicos y líneas de investigación específicas.
- 20- La autora de esta investigación cree que las opiniones opuestas entre los directores de enfermería y los estudios anteriores por una parte y los participantes en los cuestionarios por otra representan un indicador de un problema debido a la falta de formación sobre los temas abordados, de conocimiento de los criterios de calidad, de investigaciones relacionadas con los lenguajes enfermeros en el mundo árabe y de estrategias de desarrollo de la profesión de enfermería.

## **12. RECOMENDACIONES**

---



## **Recomendaciones**

Para mejorar la calidad de la atención de enfermería en los países árabes e implementar de manera eficaz los lenguajes enfermeros en la practica asistencial es necesario:

- 1- Prestar más esfuerzo y dedicar más recursos humanos y materiales a los estudios relacionados con la aplicación del proceso de enfermería y su implementación en los registros de enfermería.
- 2- Promocionar el uso del idioma materno.
- 3- Incluir entre los criterios de control de la calidad asistencial estándares relacionados con la calidad de los registros y la eficacia de la comunicación interprofesional y con los pacientes y sus familiares.
- 4- Promocionar la creación de una base de datos que contenga libros de texto, herramientas y artículos traducidos al árabe, teniendo en cuenta la necesidad de su adaptación a la cultura árabe.
- 5- Exigir y facilitar una versión en árabe de los lenguajes enfermeros utilizados.
- 6- Reducir la laguna entre la teoría y la práctica en cuanto a la comprensión y aplicación del proceso de enfermería.
- 7- Fomentar la mejora del nivel de los segundos idiomas utilizados.
- 8- Implementar los registros electrónicos basados en los lenguajes enfermeros.
- 9- Formación adecuada en el uso de los registros electrónicos.
- 10- Estudiar la terminología ATIC a fondo, examinar los aspectos de adaptación necesarios, aplicarla y evaluar su eficacia dentro del entorno cultural árabe.



## **13. BIBLIOGRAFIA**

---



## BIBLIOGRAFIA

1. Buitrago M LA. Desarrollo histórico de la enfermería. Cult del Cuid Enfermería. 2009; 6 (2): 27–36.
2. Sosa-Rosas M del P, Cuamatzi-Peña MT. La mística de la profesión de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015;23(1):51–7. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151i.pdf>
3. Oreja Vázquez ML, Alegre De Vegda C. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso. Norte Salud Ment [Internet]. 2008;7(31):20–6.
4. Bellido Vallejo, José Carlos; Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN [Internet]. Primera Ed. Jaén ICO de E de, editor. 2010. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
5. González Salcedo P, Chaves Reyes M. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investig en Enfermería Imagen y Desarro [Internet]. 2009;11(2):47–76. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220480004>
6. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería Univ [Internet]. 2016;13(2):124–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
7. Rodríguez-Acelas AL, Cañón-Montañez W. Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. Rev Cuid. 2015;6(1):879–81.
8. Cachón Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: Abordaje fenomenológico. Enferm Intensiva. 2012;23(2):68–76.
9. Juall Carpenito L. Nursing Diagnosis Application To Clinical Practice. 14th ed. Patrick Barbera, Editor. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2013.



10. NANDA International. Nursing Diagnoses Definitions and Classifications 2015-2017 [Internet]. 10a Editio. Herdman, Heather; Kamitsuru S, editor. India: Wiley Backwell; 2015. Available from: <http://www.nanda.org/>
11. Vallés Martínez M del P, Casado Fernández N, García Salvador I, Ana MG, Sánchez Sánchez L. Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales [Internet]. 2a Edición. MADRID: SANED; 2014. Available from: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CGuiaPlanesdeCuidadosdeEnfermeria.pdf>
12. Toyos del Castillo F. Lenguaje enfermero estandarizado: nanda-noc-nic versus cipe. Aplicación de un caso clínico de una paciente gran quemada. Paraninfo Digit. 2015;9(22):1–33.
13. Oreofe A, Oyenike A. Transforming Practice through Nursing Innovative Patient Centered Care: Standardized Nursing Languages. Int J Caring Sci [Internet]. 2018;11(2):1319–22. Available from: [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)
14. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros : Revisión crítica y guía práctica [Internet]. 8a edition. Barcelona: Elsevier Masson SAS; 2013.
15. Ziebarth DJ. Exploring Standardized Nursing Languages : Moving Toward a Faith Community Nursing Intervention. Int J Faith Community Nurs. 2018;4(1).
16. Mrutherford MA. Standarized Nursing Language: What Does It Mean For Nursing. ONLINE J ISSUE Nurs. 2008;13(1).
17. Department of Health, US Services, The Office of the National Coordinator for Health Information Technology. Standard Nursing Terminologies: A Landscape Analysis [Internet]. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology. 2017. Available from: [https://www.healthit.gov/sites/default/files/snt\\_final\\_05302017.pdf](https://www.healthit.gov/sites/default/files/snt_final_05302017.pdf)
18. Juvé i Udina ME. La Terminología ATIC: Eje Diagnóstico [Internet]. NAAXPOT S.L.U, editor. 2016. Available from: [www.naaxpot.com/libros-ciencias-de-la-salud/atic-eje-diagnostico/](http://www.naaxpot.com/libros-ciencias-de-la-salud/atic-eje-diagnostico/)

19. Juvé Udina M. Evaluación de la validez de una terminología de enfermería de interfase [Internet]. Universitat de Barcelona. Universitat De Barcelona; 2012. Available from:  
[http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/108998/MEJU\\_TESIS.pdf?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/108998/MEJU_TESIS.pdf?sequence=1)
20. Juvé Udina ME. A nursing interface terminology: Evaluation of face validity. *Open J Nurs.* 2012;02(03):196–203.
21. Lovering S. The Crescent of Care: A nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. *Divers Equal Heal Care.* 2012;9(3):171–8.
22. Atkinson C. Islamic Values and Nursing Practice in Kuwait. *J Holist Nurs.* 2015;33(3):195–204.
23. JAN R. RUFAIDA AL-ASALMIYA, THE FIRST MUSLIM NURSE. *J Nurs Scholarsh.* 1996;28(3):267.
24. Aldossary A, Hsm D, While A, Barriball L. Health care and nursing in Saudi Arabia. *Int Nurs Rev.* 2008;(Review 55):125–8.
25. EL-Haddad M. Nursing In The United Arab Emirates: An Historical Background. *Int Nurs Rev.* 2007;(Review 53):284–9.
26. Chengzao J, Min Z, Yongfeng Z. Saudisation Of The Nursing Workforce: Reality And Myths About Planning Nursing Training In Saudia Arabia. *J Am Sci.* 2012;8(4):1–8.
27. Saied H, Al Beshi H, Al Nafaie J, Al Anazi E. Saudi Community Perception of Nursing as a Profession. *IOSR J Nurs Heal Sci* [Internet]. 2016;5(2):95–9. Available from: [www.iosrjournals.org](http://www.iosrjournals.org)
28. G. Alghamdi M, Topp R, S. AlYami M. The effect of gender on transformational leadership and job satisfaction among Saudi nurses. *J Adv Nurs.* 2018;74(1):119–27.
29. El-Jardali F, F. Murray S, Dimassi H, Jamal D, AbuAlRub R, Al-Surimi K, et al. Intention to stay of nurses in current posts in difficult-to-staff areas of Yemen, Jordan, Lebanon and Qatar: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013;50(11):1481–94. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.013>

30. Tawash E, Cowman S. Bahraini nursing students' attitudes: from student to nurse-A longitudinal research study. *J Nurs Educ Pract*. 2015;5(12):79–87.
31. G Alghamdi M, D Urden L. Transforming the nursing profession in Saudi Arabia. *J Nurs Manag*. 2016;24(1):E95–100.
32. Azim M, Islam M. Social Support, Religious Endorsement, and Career Commitment: A Study on Saudi Nurses. *Behav Sci (Basel)*. 2018;8(1):8.
33. Al-Hamdan Z, Manojlovich M, Tanima B. Jordanian Nursing Work Environments, Intent to Stay, and Job Satisfaction. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(1):103–10.
34. Bakr MM. Impact Of Nursing Shortage On Quality Of Care At Shebin El-Kom Teaching Hospital. *J Am Sci*. 2012;8(10):822–31.
35. World Health Organisation (WHO) RHSOWH. EMRO Health Systems Profile: Oman. 2006.
36. Al-Riyami M. Nursing In The Arab World. *J Palest Stud*. 2004;33(3):76–90.
37. Eman T, Seamus C, Edgar A. A triangulation study: Bahraini nursing students' perceptions of nursing as a career. *J Nurs Educ Pract*. 2012;2(3):81–92.
38. Aboshaiqah A. Strategies to address the nursing shortage in Saudi Arabia. *Int Nurs Rev*. 2016;63(3):499–506.
39. Al-Mahmoud S. The Commitment Of Saudi Nursing Students To Nursing as a Profession and as a Career. *LIFE Sci J [Internet]*. 2013;10(2):487–92.
40. Devadas BR. A Conceptual Model for Successful Leadership in Nursing Education in the United Arab Emirates. *J Middle East North Africa Sci*. 2017;2(4):39–46.
41. Nehring V. A snapshot of nursing in Qatar. *Nurs Educ Perspect [Internet]*. 2003;24(5):226–9. Available from:  
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0642345309&partnerID=40&md5=f0ca83e4eb561ddd974d7d0c0175a189>

42. Hassan J, King M Lou, King M Lou. Nursing Image in Qatar : Past , Present and Future. *Middle East J Nurs*. 2012;6(4):26–8.
43. Griffiths J, McCreaddie M, Al Yateem N, Williams JJ, Fielding M, Kuzemski D, et al. Developing nursing research in the United Arab Emirates: a narrative review. *Int Nurs Rev*. 2017;65(1):93–101.
44. F. Al-Jarallah K, A.A. Moussa M, K. Hakeem S, K. Al-Khanfar F. The nursing workforce in Kuwait to the year 2020. *Int Nurs Rev*. 2009;56(1):65–72.
45. Gaumer G, El Beih W, Fouad S. Health Workforce Rationalization Plan for Egypt. Partnership for Health Reform. Cairo; 1999.
46. T. Fullerton J, Sukkary-Stolba S. Advancing the status of nursing in Egypt: the project to promote the development of the High Institutes of Nursing. *Int J Nurs Stud*. 1995;32(5):518–24.
47. Garfield R, McCarthy CF. Nursing and nursing education in Iraq: Challenges and opportunities. *Int Nurs Rev*. 2005;52(3):180–5.
48. Boyle JS. Professional Nursing in Iraq. *Image J Nurs Scholarsh*. 1989;21(3):168–71.
49. WHO. Nursing and midwifery progressive report: 2008-2012. Who. Geneva; 2013.
50. M Ahmad M, A Alasad J. Patients’ preferences for nurses’ gender in Jordan. *Int J Nurs Pract*. 2007;13(4):237–42.
51. Mrayyan M. Nursing practice problems in private hospitals in Jordan: Students’ perspectives. *Nurse Educ Pract*. 2007;7(2):82–7.
52. Fawzi Abu Al Rub R. Nursing Shortage in Jordan: What is the Solution? *J Prof Nurs*. 2007;23(2):117–20.
53. Al-Nawafleh AH. Managing Jordanian nurse migration to the Gulf Cooperation Council states. *East Mediterr Heal J*. 2017;21(3):220–5.
54. El-Jardali F, Alameddine M, Dumit N, Dimassi H, Jamal D, Maalouf S. Nurses’ work environment and intent to leave in Lebanese hospitals: Implications for policy and practice. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2011;48(2):204–14. Available

from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.009>

55. Alameddine M, Chamoun N, Btaiche R, El Arnaout N, Richa N, Samaha-Nuwayhid H. The workforce trends of nurses in Lebanon (2009–2014): A registration database analysis. *PLoS One*. 2017;12(8):1–10.
56. Badr L, Rizk U, Farha R. The divergent opinions of nurses, nurse managers and nurse directors: The case in Lebanon. *J Nurs Manag*. 2010;18(2):182–93.
57. El-Jardali F, Hammoud R, Younan L, Nuwayhid HS, Abdallah N, Alameddine M, et al. The making of nursing practice Law in Lebanon: A policy analysis case study. *Heal Res Policy Syst*. 2014;12(1):1–15.
58. Watkins DS, Ryan JL. Reasons for application and expectations from a post-registration degree: Views of Omani nurses and their managers. *J Nurs Educ Pract*. 2015;5(4).
59. A. Taha A, Westlake C. Palestinian nurses' lived experiences working in the occupied West Bank. *Int Nurs Rev*. 2017;64(1):83–90.
60. Elbarazi I, Loney T, Yousef S, Elias A. Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–10.
61. Silbermann M, Hassan EA. Cultural perspectives in cancer care: Impact of Islamic traditions and practices in Middle Eastern Countries. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011;33(SUPPL. 2):81–6.
62. Ajami H. Arabic Language , Culture , and Communication. *Int J Linguist Commun*. 2016;4(1):120–3.
63. Reimer-kirkham MDFS, Sawatzky R, Johnston E. RELIGION, RELIGIOUS ETHICS, AND NURSING. First Edit. Reimer-kirkham MDFS, Sawatzky R, Johnston E, editors. New York: Springer Publishing Company; 2012. 20 p.
64. Mustafa Abbad H. Los Cuidados Paliativos En Jordania Y España: Estudio Comparativo [Internet]. Universidad Pontificia de Comillas; 2012.
65. Hedayat K. When the Spirit Leaves: Childhood Death, Grieving, and Bereavement in Islam. *J Palliat Med*. 2007;9(6):1282–91.

66. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 4:48. 1st ed. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 123 p.
67. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 17:23-24. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 410 p.
68. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 30:21. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 607 p.
69. Ibrahim IA. A Brief illustration guide to understanding islam. Second Edi. Peachy Dw, Thomas M, Sylvester T, Palmer I, Zarabozo J, Altimimi A, editors. Houston, Texas, USA: Darussalam, Publishers and Distributors; 1997. 64-65 p.
70. Hawamdeh S, Hawamdeh S. Exploring Empathy : A Perspective of Arab Nurses. World Appl Sci J. 2012;17(6):786–91.
71. Abu Ali A, Aboul-hosn NK. Subcultural Narratives of Pediatric Chronic Illness in the Arab Community. Procedia - Soc Behav Sci [Internet]. 2015;165:116–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.612>
72. Terrón Caro T. La Mujer En El Islam. Ánlisis Desde Una Perspectiva Socioeducativa: Women In Islam. Analysis From A Socio-Educational Perspective. EL Futur DEL PASADO. 2012;3:237–54.
73. Lapedra Gutiérrez E. Laicismo Y Feminismo. Rev Clepsydra. 2017;16:83–101.
74. Zafir al-Shahri M, Al-Khenaizan A. Palliative Care for Muslim Patients. J Support Oncol. 2005;3(6):432–6.
75. Schultz M, Baddarni K, Bar-sela G. Reflections on Palliative Care from the Jewish and Islamic Tradition Reflections on Palliative Care from the Jewish and Islamic Tradition. Evidence-Based Vompmentary Altern Med. 2012;January.
76. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 2:155. First Edic. KARAZI AK, editor. Beirut: Al; 2007. 32 p.
77. Johnson CP. An Islamic understanding of health care : what can it teach us ? Accid Emerg Nurs. 2001;9(22 September 2000):38–45.
78. Mahdi EFK. Medical Care In Islamic Tradition During Middle Ages (Historical Review). LIFE Sci J. 2013;10(1):19–28.

79. Baddarni K. Ethical Dilemmas and the Dying Muslim Patient. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2010;11(MECC Supplement):107–12.
80. Service MVC. Western Australian Health Care Providers ' Handbook on Muslim Patients. First Edit. Perth Western Australia; 2014. 6-14 p.
81. Jordan constitution. Law 25, year 2018. Article 31. The law of Medical and Health Responsibilities. Jordan Government. 31 Jordan; 2018 p. 3420–33.
82. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 23:12-16. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 504 p.
83. KARAZI AK. EL NOBLE CORAN, SURA 21:35. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 477 p.
84. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 17:85. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 420 p.
85. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 20:55. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 461 p.
86. Yazbik N, Nayef S, Kathy J. International Journal of Nursing Studies Perspectives on barriers and facilitators to self-care in Lebanese cardiac patients : A qualitative descriptive study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020;60(2016):69–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.009>
87. Lohiniva A, Kamal W, Benkirane M, Numair T, Abdelrahman M, Saleh H, et al. HIV Stigma Toward People Living With HIV and Health Providers Associated With Their Care : Qualitative Interviews With Community Members in Egypt. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2016;27(2):188–98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.11.007>
88. Batayneh JS, Schwalbe CSJ. Stigma and Mental Health Treatment of Adolescents with Depression in Jordan. *Community Ment Heal.* 2015;51:111–7.
89. L. Dardas L, L. Simmons L. The stigma of mental illness in Arab families : *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(2001):668–79.
90. EL Hamri N. Approaches to family planning in Muslim communities. *Fam Plann Reprod Heal Care.* 2010;36(1):27–31.

91. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 11:61. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 325 p.
92. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 4:1. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 110 p.
93. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 2:233. In: KARAZI AK, editor. First Edit. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. p. 53.
94. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 31:14. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 616 p.
95. Fiifi Amoah C. THE CENTRAL IMPORTANCE OF SPIRITUALIT in palliative care. Int J Palliat Nurs. 2011;17(7):353–9.
96. Oviedo Soto S, Parra Falcón F, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. Enfermería Glob. 2009;15:1–9.
97. Observatorio Regional de Cuidados Palliativos de Extremadura. Programa Regional De Cuidados Paliativos De Extremadura. Guía Clínica Seguimiento Del Duelo. Junta de Extremadura- Consejería de Sanidad y Dependencia; 2011.
98. Carlos J, Aparisi S, Girtone IR, Pacientes CONLOS, En I, Final EL, et al. Problemas Ésticos En La Comunicación Con Los Pacientes Inmigrantes Infecciosos De Larga Duración Y Con Tratamientos Paliativos. Universitat de Valencia; 2009.
99. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Awanson E. Vínculos De NOC Y NIC A NANDA-I Y Diagnósticos Médicos. Third Edit. Oxford: Elsevier Mosby; 2012.
100. Juvé-Udina ME, Zuriguel Pérez E, Fabrellas Padrés N, Gonzales Samartino M, Romero García M, Castellá Creus M, et al. Basic Nursing Care : Retrospective Evaluation of Communication and Psychosocial Interventions Documented by Nurses in the Acute Care Setting. J Nurs Scholarsh. 2014;46(1):65–72.
101. SECPAL. Sociedad Española de Cuidados Palliativos. El duelo en cuidados paliativos. [https://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos\\_16-duelo#DescargarDoc](https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_16-duelo#DescargarDoc). 2018.



102. Milligan S. Learning zone Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. *Nurs Stand*. 2011;26(4):47–56.
103. Benito E, Dones M. El Acompañamiento Espiritual En Cuidados Paliativos. *Psicooncología*. 2016;13(2–3):367–84.
104. Sánchez Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado. Primera ed. Palacios Rozo, Marco; De Greiff Acevedo, Alexis; Parra París, Lisímaco; Viviescas Monsalve, Fernando; Esguerra Velandia I, editor. Universidad Nacional De Colombia; 2004. 18-20 p.
105. Galledo-Pérez HF, Pérez-Delgado E. Sentido de la vida y desesperanza : *Univ Psychol*. 2009;8(2):447–54.
106. González Tovar J, Hernández Montaña A. La Desesperanza Aprendida Y Sus Predictores En Jóvenes: Análisis Desde El Modelo De Beck. *Enseñanza E. Investig EN Psicol*. 2012;17(2):313–27.
107. Al Sayah F, Ishaque S, Lau D, A Johnson J. Health related quality of life measures in Arabic speaking populations : A systematic review on cross-cultural adaptation and measurement properties. *Qual Life Res*. 2013;22:213–29.
108. Mahmoud S, Alja S, Hasan SH. The Influence of Mother Tongue on Learning English Language by Arab Learners. *Int J Sci Res Publ*. 2017;7(8):31–7.
109. Foresee Drumhillier M, J Schwanenflugel P. Influence of Native Language Vocabulary and Topic Knowledge on Foreign Language Vocabulary Learning in Health Care Providers. *SAGE Open*. 2013;(April-June):1–14.
110. Sabri Al-Asal M. Arabicization and Arabic Expanding Techniques Used in Science Lectures in Two Arab Universities. *Asian Perspect Arts Hunabilities*. 2012;2(1):15–38.
111. Ahmed Elmgrab R. The Creation of Terminology in Arabic. *Am Int J Contemporary Res*. 2016;6(2):75–85.
112. Benkharafa M. The Present Situation of the Arabic Language and the Arab World Commitment to Arabization. *Theory Pract Lang Stud*. 2013;3(2):201–8.

113. Hull M. Medical Language Proficiency : A discussion of interprofessional language competencies and potential for patient risk. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016;54:158–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.015>
114. Sciences H, Campus P, Francis K, Dip G, Sc DH, Sciences H, et al. THE IMPORTANCE OF LANGUAGE FOR NURSING : DOES IT CONVEY. *Aust J Adv Nurs*. 2007;24(4):47–51.
115. Ramón-garcía R, P. Segura-sánchez M, M. Palanca-cruz M. Habilidades sociales en enfermería . El papel de la comunicación centrado en el familiar . Social skills in Nursing . The role of family-centred communication . *Rev Esp Comun Salud*. 2012;3(1):49–61.
116. Albagawi BS, Jones LK. Quantitative exploration of the barriers and facilitators to nurse-patient communication in Saudia Arabia. *J Hosp Adm*. 2017;6(1):16–24.
117. Freihat S, Al-makhzoomi K. An English for Specific Purposes ( ESP ) Course for Nursing Students in Jordan and the Role a Needs Analysis Played. *Int J Humanit Soc Sci*. 2012;2(7):129–45.
118. Badruddin S, Arif S. Beyond the Language Barrier ‘ Speak ’, ‘ See ’, ‘ Help Me . ’ *J Nurs Care*. 2017;6(4):4–8.
119. Moreno-alatorre CR. Evento centinela y error médico en anestesiología. *Rev Mex Anesthesiol*. 2011;34(4):246–50.
120. Wahabi S Al, Farahat F, Bahloul AY. Prevalence and preventability of sentinel events in Saudi Arabia : analysis of reports from 2012 to 2015. *East Mediterr Heal J*. 2017;23(7):492–9.
121. Jacquemond R. Translation and cultural hegemony: the case of French-Arabic translation. In: *Rethinking translation : discourse, subjectivity, ideology*. London; 1992. p. 139–58.
122. Quimet A-M, Trempe N, Vissandjée B, Hemlin I. Language Adaptation In Health Care And Health Services: Issues And Strategies. Québec, Institut National De Santé Publique Du; 2013.

123. Alhabahba MM, Pandian A, Hassan O, Mahfoodh A. English language education in Jordan : Some recent trends and challenges. *Cogent Educ* [Internet]. 2016;43(1):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/2331186X.2016.1156809>
124. Humanities T, Centre TL. SOCIAL SCIENCES & HUMANITIES English Communication Skills and Employability in the Arabian Gulf : The Case of Oman. *Soc Sci Humanit*. 2014;22(2):473–88.
125. Suliman A, Tadros A. Nurse Education Today Nursing students coping with English as a foreign language medium of instruction. *Nurs Educ Today*. 2010;
126. Alhaisoni E. Teaching English In Saudi Arabia : Prospects And Challenges. *Acad Res Int*. 2013;4(1):112–8.
127. Fareh S. Challenges of teaching English in the Arab world : Why can ' t EFL programs deliver as expected ? *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2010;2:3600–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.559>
128. Al Khaiyali AT, A. Nuseir N, Kharruba R. Study of Cultural Challenges Faced by the Arab Learners of English in the United States of America. *Int J English Lang Transl Stud*. 2018;6(2):36–40.
129. Rass RA. Cultural Transfer as an Obstacle for Writing Well in English: The Case of Arabic Speakers Writing in English. *English Lang Teach*. 2011;4(2):206.
130. Gasiorek J, van de Poel K. Language-specific skills in intercultural healthcare communication: Comparing perceived preparedness and skills in nurses' first and second languages. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2017;61(November 2017):54–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.008>
131. Al-Ajrami MA-SS. The Dilemma of Arabicization in the Arab World: Problems and Solutions. *Theory Pract Lang Stud*. 2015;5(10):1989–94.
132. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, Van Der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *J Adv Nurs*. 2010;66(11):2481–9.

133. Novo Muñoz Mm, Rodríguez Novo N, Rodríguez Novo, Yuerna María Rodríguez Gómez Já, et al. Análisis De La Implantación De Lenguaje Enfermero En Centros Con Historia Clínica Electrónica. *ENFE*. 2018;11(2).
134. Cobos Serrano J. Impacto , de la implementación de una metodología normalizada y un sistema de registro de información de cuidados de enfermería , en la calidad asistencial. *Reduca (Enfermería, Fisioter y Podol Ser Trab Fin Master*. 2009;1(2):895–912.
135. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Nursing documentation: How meaning is obscured by fragmentary language. *Nurs Outlook* [Internet]. 2011;59(6):e6–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2011.04.002>
136. Bani-Issa W, Al Yateem N, Al Makhzoomy IK, et al. Satisfaction of health-care providers with electronic health records and perceived barriers to its implementation in the United Arab Emirates. *Int J Nurs Pract*. 2016;22(4):408-16.
137. Alsadan M, Metwally A El, Ali A, Jamal A, Khalifa M, Househ M. Health Information Technology (HIT) in Arab Countries: A Systematic Review Study on HIT Progress. *J Health Inform Dev Ctries*. 2015;9(2):32–49.
138. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Bany Hani S. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *J Clin Nurs*. 2018;27(3–4):e578–89.
139. Hasna F. Nursing information systems in Jordan. *Int J Nurs Pract*. 2009;15(2):69–73.
140. Khalifa M. Barriers to health information systems and electronic medical records implementation a field study of Saudi Arabian hospitals. *Procedia Comput Sci* [Internet]. 2013;21:335–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.procs.2013.09.044>
141. Kärkkäinen O, Eriksson K. Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(2):229–36.
142. Laitinen H, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *J Clin Nurs*. 2010;19(3–4):489–97.

143. Código Sanitario Normativa Autonómica. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. España; 2018 p. 2–879.
144. BOE 274. BOE 274. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado (BOE) 2002 p. 40126–32.
145. Almoajel AM. Hospitalized Patients Awareness of Their Rights in Saudi Governmental Hospital. *Middle-East J Sci Res.* 2012;11(3):329–35.
146. Patient Rights And Responsibilites. PPR/HCP/P0030/08 United Arab Emirates: Abu Dhabi. PPR/HCP; 2008 p. 1–6.
147. Ghanem M, Megahed H, Abd El-Fattah Mohamed Aly N. Practice of patients' rights among physicians and nurses in two Egyptian hospitals from patients' perspective. *J Nat Sci Res* www [Internet]. 2015;5(16):2225–921. Available from:  
<http://www.iiste.org/Journals/index.php/JNSR/article/viewFile/25349/25979%0Ahttps://pdfs.semanticscholar.org/5fec/dba03a6ac474c789f3d88414cf68f9e1bf24.pdf>
148. Partners for Health Reformplus PROJECT. Egyptian Hospital Accreditation Program : Standards [Internet]. USAID. 2005. Available from: [http://www.ihf-fih.org/en/content/download/337/2628/file/Egyptian\\_hospital\\_accreditation\\_program\\_standards.pdf](http://www.ihf-fih.org/en/content/download/337/2628/file/Egyptian_hospital_accreditation_program_standards.pdf)
149. Government L. Law no.240 dated October 22, 2012. Amending Law No. 288 of februray 22, 1994. CODE OF MEDICAL ETHICS FREE TRANSLATION FROM ARABIC. Lebanon Government. Lebanon; 2012.
150. Government J. Law of patients rights and the informes consent. Law No 574 of the 11th of February 2004. Jordan Government. 8759 Jordan; 2004.
151. Authority G of P. General Law of Health. Law No 20 for 2004. Palestine; 2004.
152. Alterife R, Salim R, Dmyatti E, Hassan A, Mohamed S, Ahmed W, et al. Awareness and practice of patients' rights among hospitalized patients at Wad-Medani Teaching Hospital, Sudan. *East Mediterr Heal J.* 2017;23(2):80–6.

153. Castrillón Chamadoira E. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*. 2015;(42):128–36.
154. González CMM. Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE, Rev Enfermería* [Internet]. 2013;7(2). Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/278>
155. Lancellotti K. Culture Care Theory: A Framework for Expanding Awareness of Diversity and Racism in Nursing Education. *J Prof Nurs*. 2008;24(3):179–83.
156. Saiz Echezarreta MRSD. La perspectiva transcultural de los cuidados enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Nuberos Científica* [Internet]. 2015;2(16):65–9. Available from: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/Revista\\_Nuberos\\_Cien\\_9.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Revista_Nuberos_Cien_9.pdf)
157. ROHRBACH-VIADAS C. introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de madeleine leininger. *Cult los Cuid*. 1998;3(2):41–5.
158. Gharaibeh M, Abu-Saad H. Cultural Validation of Pediatric Pain Assessment Tools : *J Transcult Nurs*. 2002;13(1):12–8.
159. G. Dévieux J, M. Malow R, Rosenberg R, Jean-Gilles M, Samuels D, Ergon-Pérez E, et al. Cultural adaptation in translational research: Field experiences. *J Urban Heal*. 2005;82(SUPPL. 3):82–92.
160. Congost Maestre N. Aspectos Socioculturales En La Traducción De Cuestionarios De Salud Estadounidenses. *Panace@ Rev Med Leng y Traducción* [Internet]. 2012;13(35):91–8. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4075218&info=resumen&idioma=EG>
161. Escobar Bravo MÁ. Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Enfermería Clínica*. 2013;14(2):102–6.

162. Varcoe C, Guruge S, Miranda J, Sidani S, Ford-Gilboe M. Cultural adaptation and translation of measures: An integrated method. *Res Nurs Health*. 2010;33(January):133–43.
163. Gjersing L, RM Caplehorn J, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments\_ language, setting, time and statistical considerations \_ *BMC Medical Research Methodology* \_ Full Text. *Med Res Methodol*. 2010;10(13):1–10.
164. Mirkin B. Population Levels, Trends and Policies in the Arab Region: Challenges and Opportunities. *Arab Human Development Report - Research Paper Serie*. 2010.
165. Campos, Cecilia, Jaimovich S, Wigodski J, Aedo V. Conocimientos Y Uso Clínico De La Metodología Enfermera (NANDA,NIC,NOC) en enfermeras/os que trabajan en Chile. *Rev Iberoam Educ e Investig en Enfermería*. 2017;7(1):33–42.
166. Iyabode A-SF. Knowledge and Use of Standardized Nursing Languages: A Study among Nurses at the Federal Medical Centre, Owo, Ondo State, Nigeria. *Texila Int J Nurs*. 2017;3(2):28–38.
167. Domingos CS, Boscarol GT, Brinati LM, Dias AC, Souza CC de, Salgado P de O. La aplicación del proceso informático de enfermería: revisión integradora TT - The application of computerized nursing process: integrative review TT - A aplicação do processo de enfermagem informatizado: revisão integrativa. *Enfermería Glob* [Internet]. 2017;16(48):603–52. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000400603&lang=pt%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00603.pdf](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400603&lang=pt%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00603.pdf)
168. Anaya JMC, Fernández JÁM, Francisc IVS, Torres FR, Entisne CM, Iglesias AG. Actitud y barreras percibidas por los profesionales de enfermería de atención primaria de salamanca, respecto a la metodología enfermera. un estudio con grupos focales. *Revsta Enferm CyL*. 2013;5(2):17–29.

169. Caballero E, Aguilar N, Alegría M, Díaz I, Chacón C, Hernández A, et al. Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el proceso de enfermería. *Enfermería Cuid Humaniz* [Internet]. 2015;4(1):39–45. Available from: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/530>
170. Cortes J. *Diccionario de árabe culto moderno (Árabe-Español)* 1a. Edición. Editorial Gredos; Madrid. 2008. p. 246.
171. Cortes J. *Diccionario de árabe culto moderno (Árabe-Español)*. In: 1a Edición. Editorial Gredos; Madrid. 2008. p. 1284.
172. Valera Ruiz M, Díaz Bravo L, García Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud | *Revista Investigación en Educación Médica*. *Rev Investig en Educ Médica* [Internet]. 2012;1(2):90–5. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-descripcion-usos-del-metodo-delphi-90122899>
173. Kim CH, Yeo K. Beyond consensus: A review of delphi research published in Malaysian social science journals. *Int J Bus Soc*. 2018;19(S2):312–23.
174. Keeney S, Hasson F, McKenna H. A critical review of Delphi as a research methodology in nursing research. *Int J Nurs Stud*. 2001;38:195–200.
175. Cabero J, Infante A. Empleo Del Método Delphi Y Su Empleo En La Investigación En Comunicación Y Educación. *Rev Electrónica Tecnol Educ*. 2014;48:1–16.
176. Habibi A, Sarafrazi A, Izadyar S. Delphi technique theoretical framework in qualitative research. *Int J Eng Sci* [Internet]. 2014;3(4):8–13. Available from: <http://www.academia.edu/download/36610746/B03404008013.pdf>
177. Bernalte Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enferm Glob*. 2015;14(1):328–34.
178. Fajardo Trasobares ME, Germán Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*. 2010;13(46):1–5.



179. Barrett-Landau, Susana; Henle S. Men in Nursing: Their Influence in a Female Dominated Career. *J Leadersh Instr.* 2014;13(2):10–3.
180. NMC. Annual equality and diversity report 2015-2016 [Internet]. 2016. Available from:  
[https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/annual\\_reports\\_and\\_accounts/equality-and-diversity-report-2015-16.pdf](https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/annual_reports_and_accounts/equality-and-diversity-report-2015-16.pdf)
181. Al Hadidi R. National Human Resources For Health Observatory - Annual Report 2014. 2015.
182. Hadidi R. National Human Resources for Health Observatory Annual Human Resources for Health Report 2016 Jordan National Human Resources for Health Observatory [Internet]. 2017. Available from:  
<http://www.hhc.gov.jo/uploadedimages/c4ee4ba5-7ade-41a8-b5e6-fcfdbdba13aa.pdf>
183. Alboliteh M, Magarey J, Wiechula R. The Profile of Saudi Nursing Workforce: A Cross-Sectional Study. *Nurs Res Pract.* 2017;2017:1–9.
184. Ahmed D, Albuarki J. Review of the Challenges of Scientific Research in the Arab World and Its Influence on Inspiration Driven Economy. *Int J Inspir Resil Econ.* 2017;1(1):28–34.
185. Almansour S. The crisis of research and global recognition in Arab universities. *Near Middle East J Res Educ.* 2016;2016(1):1.
186. Batista-Sánchez MR, Alvarado-Gallegos E. Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización. *Rev Enfermería del Inst Mex des Seguro Soc* [Internet]. 2015;23(2):83–90.
187. Reina NC. El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado. *Umbral Cient.* 2010;17:18–23.
188. Lesmes ÓG. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia, 2008. *Av en Enfermería* [Internet]. 2009;17(1):60–8. Available from:  
<http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12955>

189. Ugalde Apalategui M, Lluch Canut MT, Alonso Durana I, Atienza Rodríguez E, Balaguer Sancho J, Bourza Pita R, et al. Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las taxonomías enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica. *Creat Commons* [Internet]. 2011;1:1–104. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/19207%0Ahttp://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.ca%0Ahttp://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/19207>
190. El-Rahman MA, Kalaldehy MT Al, Malak MZ. Perceptions and Attitudes Toward NANDA-I Nursing Diagnoses: A Cross-Sectional Study of Jordanian Nursing Students. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28(1):13–8.
191. Zamudio Sánchez A, Campos Rico A, Mansilla Francisco JJ, de la Torre I, Palop R, Viñas Heras C, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 2009;15(3):163–6.
192. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20(1):9–15.
193. Juvé Udina M-E, Gonzalez Samartino M, Matud Calvo C. Mapping the Diagnosis Axis of an Interface Terminology to the NANDA International Taxonomy. *ISRN Nurs*. 2012;2012:1–6.
194. Junttila K, Salanterä S, Hupli M. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *J Adv Nurs*. 2005;52(3):271–80.
195. Carrillo González GM, Rubiano Mesa YL. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2007;23(3):1–11.
196. Shuriquie M, While A, Fitzpatrick J. Nursing work in Jordan: An example of nursing work in the Middle East. *J Clin Nurs*. 2008;17(8):999–1010.
197. NUFFIC. Education System.Iraq. Described And Compared With The Dutch System. NUFFIC. 2015.
198. Bacha NN, Bahous R. Foreign Language Education in Lebanon: A Context of Cultural and Curricular Complexities. *J Lang Teach Res*. 2011;2(6):1320–8.
199. Ajlouni M. Assessment of Medical Records Services at Ministry of Health Hospitals in Jordan. *Partners Heal Reformplus Proj AbtAssociation Inc*.

200. Salem OA, Villagrancia HN, Dignah MA. Medical Record Audit in Clinical Nursing Units in Tertiary Hospital. IOSR J Nurs Heal Sci Ver I [Internet]. 2015;4(6):2320–1940. Available from: [www.iosrjournals.org](http://www.iosrjournals.org)
201. S. Abdalrahim M, A. Majali S, Bergbom I. Documentation of postoperative pain by nurses in surgical wards. *Acute Pain*. 2008;10(2):73–81.
202. Okaisu EM, Kalikwani F, Wanyana G, Coetzee M. Improving the quality of nursing documentation: An action research project. *Curationis*. 2014;37(2):1–11.
203. Chand S, Sarin J. Perception of nurse administrators regarding electronic nursing documentation. *Int J Res Med Sci*. 2015;3(12):3503–9.
204. C. Shihundla R, T. Lebesse R, S. Maputle M. Effects of increased nurses' workload on quality documentation of patient information at selected Primary Health Care facilities in Vhembe District, Limpopo Province. *Curationis*. 2016;39(1):1–8.
205. Alkouri O, AlKhatib A, Kawafhah M. Importance And Implementation Of Nursing Documentation: Review Study. *Eur Sci Journal, ESJ*. 2016;12(3):101–6.
206. Sebastián-Viana T, González-Ruiz JM, Núñez-Crespo F, Lema-Lorenzo I, Gadea-Romero G, Losa-Iglesias ME. La validez de un registro clínico de úlceras por presión TT - Validity of clinical register of pressure ulcers. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2014;37(1):17–24. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272014000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
207. Padilha Fátima E, do Carmo Fernandez Lourenço Haddad M, Matsuda Misue L. Quality of Nursing Records in Intensive Care: Evaluation Through a Retrospective Audit. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014;19(2):217–23.
208. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*. 2011;67(9):1858–75.

## **14. ANEXOS**

---



## **ANEXOS**

**Anexo (1):** Lista de los participantes que han dado su consentimiento para su mención en la tesis.

1. Abdelraham Muhamed Alazah
2. Obadah Kafaween
3. Mohamed Hammad
4. Reem Bustami,
5. Asmahan Masharqah
6. Ghadeer Barhoumeh
7. Mozna Tamimi
8. Hussein Maghrabi
9. Wafaa
10. Francois Bassil
11. Musa Mohammad Abu Sbeih
12. Jihane Abi Chacra
13. Tamer Jamal Aljafari
14. Asma Judeh
15. Heba
16. Ibtihal Alnaimat
17. AbdulMuhsen Abu Fannouneh
18. Etaf Maqboul
19. Ruba Odeh
20. Haneen Fakhoury
21. Maysoon S. Abdelrahim

- 22. Dr. Manar Nabolsi
- 23. Fatima Al-Madany
- 24. Dr. Jihad Halabi
- 25. Tahani Ali Awwad
- 26. Yousef Jaradat
- 27. Hussein Zakal

**Anexo (2):** Lista de las intervenciones vinculadas al duelo y la desesperanza de la NIC

- Aumentar el afrontamiento
- Facilitar el duelo
- Apoyo emocional y espiritual
- Asesoramiento
- Control del humor
- Dar esperanza
- Declarar la verdad
- Disminuir la ansiedad
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el perdón
- Fomentar la resistencia
- Terapia asistida de animales
- Terapia de reminiscencia
- Fomentar la normalización familiar
- Grupo de apoyo
- Intermediación cultural
- Escucha activa
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Cuidados en la agonía
- Potenciación de la autoestima
- Potenciación de la socialización
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- Fomentar el ejercicio
- Mejorar el sueño
- Biblioterapia
- Mantenimiento en procesos familiares
- Ayuda en la modificación de sí mismo.
- Clarificación de valores.
- Establecimiento de objetivos comunes.



- Acuerdo con el paciente.
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
- Fomentar el ejercicio.
- Manejo de energía.
- Modificación de la conducta.
- Musicoterapia.
- Potenciación de la conciencia de si mismo.
- Presencia.
- Terapia artística.
- Terapia asistida con animales.
- Terapia de entretenimiento.
- Terapia de grupo.
- Terapia con juegos.
- Apoyo para la consecución del sustento.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Potenciación del rol.
- Terapia de reminiscencia.

**Anexo (3):** Lista de las intervenciones vinculadas al duelo y la desesperanza de la ATIC

- Cuidado de ingreso
- Escucha activa
- Estabilización anímica (*emotional debriefing*)
- Educación sanitaria: Medicación
- Educación sanitaria: prevención de complicaciones
- Prevención
- Cuidador: implicación
- Educación sanitaria: proceso de la enfermedad
- Educación sanitaria: dieta
- Educación sanitaria: técnicas simples
- Escucha activa: familia
- Educación sanitaria: estrategias de adaptación
- *Counseling*
- Estabilización emocional
- Conservación de la autoestima
- Educación sanitaria: técnicas complejas
- Educación sanitaria: control de síntomas
- Estabilización anímica: familia
- Distracción
- Fortalecer los vínculos familiares
- Promocionar la comunicación no verbal
- Reestructuración cognitiva
- Fortalecer el vínculo padres-hijos
- Educación sanitaria: técnicas de control de la ansiedad
- Progreso de la enfermedad: apoyar la adaptación
- Comunicación: adaptar
- Estimulación sensomotora
- Adaptación a la muerte: apoyo a la familia
- Reorientación
- Agresividad: prevención
- Paseo terapéutico

- Cambio de la imagen corporal: apoyo a la adaptación
- Relajación: inducción
- Suicidio: prevención
- Conducta regresiva: redirigir
- Alianza terapéutica
- El cuidado del “*Kangaroo*”
- *De-escalation technique*
- Agresividad: prevención
- Terapia de juego
- Apoyo a la familia: adaptación con el progreso de la enfermedad
- Terapia de grupo
- Entrevista terapéutica
- Reacondicionamiento fonatorio
- Reposo sensorial
- Mediación de conflicto
- Educación sanitaria: técnica de autocontrol
- Masaje simple
- Apoyo a la adaptación del diagnóstico de la enfermedad
- Conducta dependiente: redirigir
- Estimulación sensorial
- Reposo fonatorio
- Mediar: conflictos familiares
- Educación sanitaria: obtención de muestras
- Conducta defensiva: redirigir
- Adaptación al diagnóstico de la enfermedad: apoyar a la familia
- Musicoterapia
- Colcheo: favorecer
- Terapia de literaria
- Masaje infantil
- Apoyo al duelo
- Monitorización Psicoemocional
- Estimulación motora

- Recuperar la autoestima

**Anexo (4):** Lista de las intervenciones vinculadas al sufrimiento espiritual de la NIC

- Clasificación de valores.
- Apoyo espiritual.
- Dar esperanza.
- Potenciación de la socialización.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Aumentar el afrontamiento.
- Facilitar el crecimiento espiritual.
- Facilitar el perdón.
- Cuidados de la agonía.
- Control del humor.
- Apoyo emocional.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Facilitar la práctica religiosa.
- Facilitar la implicación familiar.
- Ayuda para el control del enfado.
- Declarar la verdad al paciente.
- Disminuir la ansiedad.
- Escucha activa.
- Facilitar el duelo.
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
- Musicoterapia.
- Terapia reminiscencia.
- Facilitar la meditación.
- Potenciar la autoestima.
- Potenciar la conciencia de sí mismo.
- Potenciar la socialización.

**Anexo (5):** Lista de las intervenciones vinculadas al sufrimiento espiritual de la ATIC

- Cuidado de ingreso
- Escucha activa
- Estabilización anímica (*emotional debriefing*)
- Educación sanitaria: prevención de complicaciones
- Cuidador: implicación
- Educación sanitaria: proceso de la enfermedad
- Educación sanitaria: dieta
- Educación sanitaria: técnicas simples
- Escucha activa: familia
- Educación sanitaria estrategias de adaptación
- *Counseling*
- Estabilización emocional
- Conservación de la autoestima
- Educación sanitaria: técnicas complejas
- Educación sanitaria: control de síntomas
- Estabilización anímica: familia
- Distracción
- Fortalecer los vínculos familiares
- Promocionar la comunicación no verbal
- Reestructuración cognitiva
- Fortalecer el vínculo padres-hijos
- Educación sanitaria: técnicas de control de la ansiedad
- Progreso de la enfermedad: apoyar la adaptación

- Comunicación: adaptar
- Estimulación sensomotora
- Adaptación a la muerte: apoyo a la familia
- Reorientación
- Agresividad: prevención
- Paseo terapéutico
- Cambio de la imagen corporal: apoyo a la adaptación
- Relajación: inducción
- Suicidio: prevención
- Conducta regresiva: redirigir
- Alianza terapéutica
- *De-escalation technique*
- Agresividad: prevención
- Terapia de juego
- Apoyo a la familia: adaptación con el progreso de la enfermedad
- Terapia de grupo
- Entrevista terapéutica
- Reposo sensorial
- Mediación de conflicto
- Educación sanitaria: técnica de autocontrol
- Masaje simple
- Apoyo a la adaptación del diagnóstico de la enfermedad
- Conducta independiente: redirigir
- Estimulación sensorial

- Mediar: conflictos familiares
- Conducta defensiva: redirigir
- Adaptación al diagnóstico de la enfermedad: apoyar a la familia
- Musicoterapia
- Colcheo: favorecer
- Terapia de literatura
- Meditación
- Revitalización: mente/alma
- Reequilibrio espiritual
- Generación de esperanza
- Movimientos de meditación
- Rezar
- Cuentos reflexivos
- Reflexión trascendental
- Reflejo de gratitud
- Dignificación
- Apoyar el bienestar espiritual
- Evaluación de la fortaleza espiritual
- Explorar el significado espiritual del sufrimiento
- Calmar la descomodidad espiritual
- Estimular el auto valor
- Conducir las preguntas y dudas trascendentales
- Activación de la actitud
- Conservar la autoestima



- Conciliación cultural
- Deviación positiva
- Nutrición emocional
- Apoyo al duelo
- Terapia de resolución de aceleración emocional
- Monitorización psicoemocional
- Ejercicios de resiliencia
- Estabilización psicológica y mental
- Apoyo a la adaptación
- Confrontación positiva
- Estimulación motora
- Recuperar la autoestima

COMMUNICATION AND PSYCHOSOCIAL BASIC NURSING CARE

		Intervention/Results	Total	%	Mean	Median	SEP	CI_UL	CI_LL	Difference
Rank	Freq	Episodes (Jan-Dec 2012)	<b>150,494</b>	100	18811					
1	EH	Admission care	148,828	<b>98.89</b>	<b>18604</b>	17685	0.000	98.89	98.89	0.00
2	EH	Active listening	141,117	<b>93.80</b>	<b>17647</b>	16061	0.000	93.80	93.80	0.00
3	EH	Emotional debriefing	124,675	<b>82.84</b>	<b>15585</b>	15186	0.000	82.84	82.84	0.00
4	EH	Health education: medication	120,992	<b>80.39</b>	<b>15124</b>	14560	0.102	80.59	80.19	0.40
5	EH	Health education: complications prevention	120,737	<b>80.22</b>	<b>15092</b>	14839	0.103	80.42	80.02	0.40
6	EH	Caregiver: involvement	92,942	<b>61.73</b>	<b>11616</b>	11585	0.125	61.98	61.48	0.49
7	VH	Health education: disease process	57,374	<b>38.12</b>	<b>7172</b>	6121	0.125	38.37	37.87	0.49
8	VH	Health education: diet	47,740	<b>31.72</b>	<b>5958</b>	5826	0.120	31.96	31.48	0.47
9	VH	Health education: simple technique	42,982	<b>28.56</b>	<b>5373</b>	5121	0.116	28.79	28.33	0.46
10	VH	Family: active listening	39,328	<b>26.17</b>	<b>4916</b>	4320	0.102	26.37	25.97	0.40
11	HI	Health education: adaptation strategies	28,739	<b>19.09</b>	<b>3592</b>	3811	0.113	19.31	18.87	0.44
12	HI	Counseling	23,755	<b>15.70</b>	<b>2969</b>	2857	0.094	15.88	15.52	0.37
13	HI	Emotional stabilization	19,369	<b>12.81</b>	<b>2421</b>	2220	0.086	12.98	12.64	0.34
14	HI	Self-esteem: maintenance	16,127	<b>10.71</b>	<b>2016</b>	1740	0.080	10.87	10.55	0.31
15	MO	Health education: complex technique	14,776	<b>9.81</b>	<b>1847</b>	1714	0.077	9.96	9.66	0.30
16	MO	Health education: symptom control	13,912	<b>9.24</b>	<b>1739</b>	1834	0.075	9.39	9.09	0.29
17	MO	Family: emotional debriefing	11,666	<b>7.75</b>	<b>1458</b>	1011	0.069	7.89	7.61	0.27
18	MO	Distraction	10,951	<b>7.27</b>	<b>1369</b>	1035	0.067	7.40	7.14	0.26
19	MO	Family bonds: strengthen	8,446	<b>5.61</b>	<b>1056</b>	1034	0.059	5.73	5.49	0.23
20	LO	Non-verbal communication: promote	7,045	<b>4.68</b>	<b>881</b>	689	0.054	4.79	4.57	0.21
21	LO	Cognitive restructuring	6,779	<b>4.51</b>	<b>847</b>	728	0.053	4.61	4.41	0.21
22	LO	Parental-child bonds: strengthen	6,175	<b>4.10</b>	<b>772</b>	597	0.051	4.20	4.00	0.20
23	LO	Health education: anxiety control techniques	5,954	<b>3.95</b>	<b>744</b>	689	0.050	4.05	3.85	0.20
24	LO	Coping disease progress: support	5,327	<b>3.53</b>	<b>665</b>	696	0.048	3.62	3.44	0.19
25	LO	Communication: adapt	4,784	<b>3.17</b>	<b>598</b>	619	0.045	3.26	3.08	0.18
26	LO	Sensomotor stimulation	4,113	<b>2.73</b>	<b>514</b>	347	0.042	2.81	2.65	0.16
27	LO	Family coping to death: support	3,616	<b>2.41</b>	<b>452</b>	403	0.040	2.49	2.33	0.15
28	LO	Reorientation	3,373	<b>2.41</b>	<b>422</b>	355	0.040	2.49	2.33	0.15
29	LO	Grief: support	3,314	<b>2.21</b>	<b>414</b>	338	0.038	2.28	2.14	0.15
30	LO	Self-esteem: regain	3,042	<b>2.02</b>	<b>380</b>	312	0.036	2.09	1.95	0.14
31	LO	Psychoemotional monitoring	2,126	<b>1.41</b>	<b>266</b>	261	0.034	1.48	1.34	0.13
32	LO	Aggressiveness: prevention	1,783	<b>1.18</b>	<b>223</b>	67	0.051	1.28	1.08	0.20
33	VL	Therapeutic walk	1,303	<b>0.87</b>	<b>163</b>	21	0.025	0.92	0.82	0.10
34	VL	Coping body image change: support	1,276	<b>0.84</b>	<b>160</b>	151	0.024	0.89	0.79	0.10
35	VL	Occupational therapy	1,213	<b>0.80</b>	<b>152</b>	16	0.024	0.85	0.75	0.09
36	VL	Relaxation: induce	1,195	<b>0.79</b>	<b>149</b>	143	0.025	0.84	0.74	0.10
37	VL	Suicide prevention	1,066	<b>0.71</b>	<b>133</b>	202	0.028	0.76	0.66	0.11
38	VL	Regressive behavior: redirect	916	<b>0.60</b>	<b>115</b>	39	0.022	0.64	0.56	0.09
39	VL	Therapeutic alliance	908	<b>0.60</b>	<b>114</b>	36	0.022	0.64	0.56	0.09
40	VL	Kangaroo care	726	<b>0.60</b>	<b>91</b>	13	0.022	0.64	0.56	0.09
41	VL	De-escalation technique	672	<b>0.44</b>	<b>84</b>	61	0.019	0.48	0.40	0.07
42	VL	Aggressiveness: management	565	<b>0.38</b>	<b>71</b>	38	0.028	0.43	0.33	0.11
43	VL	Play therapy	431	<b>0.28</b>	<b>54</b>	3	0.015	0.31	0.25	0.06
44	VL	Family coping disease progress: support	373	<b>0.24</b>	<b>47</b>	6	0.014	0.27	0.21	0.06
45	VL	Group therapy	354	<b>0.23</b>	<b>44</b>	14	0.014	0.26	0.20	0.05
46	VL	Therapeutic interview	299	<b>0.19</b>	<b>37</b>	0	0.013	0.21	0.17	0.05
47	VL	Phonatory reconditioning	235	<b>0.16</b>	<b>29</b>	25	0.011	0.18	0.14	0.04
48	EL	Sensory rest	142	<b>0.09</b>	<b>18</b>	19	0.000	0.00	0.00	0.00
49	EL	Conflict: mediate	72	<b>0.08</b>	<b>9</b>	5	0.009	0.10	0.06	0.04
50	EL	Health education: self-control techniques	66	<b>0.04</b>	<b>8</b>	1	0.000	0.00	0.00	0.00
51	EL	Simple massage	47	<b>0.03</b>	<b>6</b>	2	0.005	0.04	0.02	0.02
52	EL	Coping disease diagnosis: support	43	<b>0.02</b>	<b>5</b>	5	0.000	0.00	0.00	0.00
53	EL	Dependent behavior: redirect	38	<b>0.02</b>	<b>5</b>	0	0.006	0.03	0.01	0.02
54	EL	Sensory stimulation	22	<b>0.01</b>	<b>3</b>	0	0.003	0.02	0.00	0.01

# COMMUNICATION AND PSYCHOSOCIAL BASIC NURSING CARE

55	EL	Phonatory rest	17	0.01	2	0	0.003	0.02	0.00	0.01
56	EC	Family conflict: mediate	15	0.00	2	1	0.009	0.05	0.02	0.04
57	EC	Organic liquid self-sampling: instruct	13	0.00	2	1	0.004	0.02	0.00	0.02
58	EC	Defensive behaviour: redirect	12	0.00	2	2	0.000	0.00	0.00	0.00
59	EC	Family coping to disease diagnosis: support	12	0.00	2	1	0.000	0.00	0.00	0.00
60	EC	Music therapy	5	0.00	1	0	0.000	0.00	0.00	0.00
61	EC	Motor stimulation	3	0.00	0	0	0.000	0.00	0.00	0.00
62	EC	Cobedding: promote	2	0.00	0	0	0.000	0.00	0.00	0.00
63	EC	Literature therapy	2	0.00	0	0	0.000	0.00	0.00	0.00
64	NU	Infant massage	0	0.00	0	0	0.000	0.00	0.00	0.00

Table 2. Frequency of nursing interventions

SEP: Standard error of the population; CI\_UL: Confidence interval upper limit; CI\_LL: Confidence interval lower limit.  
Freq: Frequency; EH: extremely high ( $\geq 50\%$ ); VH: very high (20-50%); HI: High (10-20%); MO: Moderate (5-10%); LO: Low (1-5%); VL: very low (0.1-0.9%); EL: extremely low (0.01-0.09); EC: exceptional cases ( $\leq 0.01$ ); Nu: Null.

**Anexo (6):** La carta de confirmación de la lista de las intervenciones relacionadas con el sufrimiento espiritual de la Dra. Maria E. Juvé.

**From:** Lala Juve <[lalajuve.on@gmail.com](mailto:lalajuve.on@gmail.com)>

**Sent:** Thursday, June 29, 2017 11:52 PM

**To:** HANAN MUSTAFA

**Cc:** Jose Luis Cobos Serrano

**Subject:** Re: Adaptación de los lenguajes enfermeros al mundo árabe

Buenas tardes Hanan

Sí existen relaciones entre los diagnósticos ATIC y las intervenciones, pero éstas como sabes están pendientes de publicación, y primero se publicarán los ejes de intervención y valoración, ...si puedo el año que viene.

Las intervenciones ATIC asociadas al diagnóstico de Sufrimiento espiritual se asocian principalmente a la Dimensión "10006409 Cuidados morales y espirituales" del eje intervención.

Además de las intervenciones de comunicación y apoyo psicoemocional que ya viste en el artículo y que muchas de ellas también son elementos terapéuticos en el abordaje espiritual, ATIC dispone de intervenciones y especificaciones específicas orientadas a la consecución del mantenimiento o la recuperación de la paz interior tales como:

Meditación

Ejercicios de resiliencia

Revitalización anímica

Estabilización anímica

Reequilibrio espiritual

Generación de esperanza

Movimiento meditativo

Pregaria/Oración

Relato reflexivo

Reflexión trascendental

Reflexión de gratitud

Dignificación

Bienestar espiritual: apoyar

Fortaleza espiritual: valorar

Malestar espiritual: sosegar

Significado del sufrimiento: explorar

Coraje: estimular

Cuestionamientos trascendentales: acompañar

etc...

No se como tienes pensado hacerlo, pero creo que lo mejor sería que selecciones éstas y también aquellas intervenciones y actividades del artículo que consideres y me lo envíes para que lo revise.

Tendrás que decirme también si necesitarás los códigos y las definiciones. Mediante una solicitud formal, te las enviaría bajo las condiciones de copyright de ATIC. Los participantes tendrán que firmar un documento de compromiso conforme no están autorizados a difundir esta información.

Por último, recuerda además que ATIC tiene elementos precoordinaados, por ejemplo Bienestar espiritual: apoyar, pero también permite la poscoordinación, es decir la combinación del elemento foco y el elemento acción. Por tanto, podrías combinar el foco "Bienestar espiritual" con otras acciones; por ejemplo, Bienestar espiritual: valorar.

Cordialmente

Lala Juvé, PhD, MSN, RN

**Anexo (7):** currículum de la autora de este estudio

## **HANAN MUSTAFA ABBAD**

Email: [hananm77@hotmail.com](mailto:hananm77@hotmail.com)

Street *Velayos* 28, *izq*, 2º pta. 4, 28035 Madrid, Spain

Telephones: 913867577 / 646775176

### **Personal Information**

---

**Date of birth:** 21/04/1977

**Marital status:** Married

**Nationality:** Spanish

**DNI:** 06630240F

### **Professional profile**

---

Staff nurse, with master's degree in Palliative Care from the University *Pontificia de Comillas* in Spain. Ten years of experience in Jordan within a multidisciplinary Palliative Care team, two years as a director of nursing staff, and currently an administrative employee in the public relation department of the MD Anderson of Madrid. Seeking an opportunity for advancement and professional development.

### **Professional experience**

---

#### **Case manager**

#### **Cigna International**

#### **Oct. 2016-Present**

- Assess, plan, implement, coordinate, monitor and evaluate options and services to meet an individual's health needs.
- Providing clinical information regarding medical conditions or treatments, identifying providers and coordinating complex care plans.
- Promote quality cost-effective outcomes managing care needs through education and health advocacy to members serviced.

**Public Relations****MD Anderson Cancer Center****Feb. 2014– Sept. 2016**

- Manage the formalities and paperwork necessary for private and foreign patients.
- Arrange and conduct admission to the first oncology appointments and accompany patients.
- Receiving and resolve the doubts, problems and complaints from patients and their families.
- Exercise the role of intermediary between the various administrative and health care departments and the patient and family.
- Prepare the general medical checkup offered by the center for companies and for private patients; and accompany the patient during the course of the checkup.
- Visiting the admitted patients in the floor daily to ensure the quality of services provided by the center.

**Arabic and English teacher****Private classes for Spanish students****2010-2014**

- Preparation of courses adapted to the needs of the student.
- Arabic and English lessons (private and in groups).
- Advance preparation for Arabic exams of the UNED and the Official Language School of Madrid.

**Case Manager****Al-Malath Foundation for Humanistic Care****1999-2009**

- Assessment of patient and family needs.
- Pain and symptom control.
- Psychological and spiritual care/counseling.
- Bereavement follow-up.
- Coordination with other medical resources.

- Students, volunteers and new employee training.
- Inventory work.
- Assistance in managing fundraising projects.
- Statistic work.

### **Coordinator of the Palliative Care services**

#### **King Hussein Cancer Center of Amman**

**2003-2004**

Period of collaboration; for the development of palliative care program at the center.

### **Nurses' director**

#### **Al-Siraj Institution**

**2001-2004**

- Supervise quality of care provided by the employee.
- Recruitment and training of the staff.
- Service marketing and finalizing deals.
- Statistic and accountancy work.

## **Voluntary Work**

---

### **Jordan Hospital**

**2001-2003**

6 hours/day, 7 days/week

### **Al-Malath Foundation for Humanistic Care**

**1998**

8 hours/day, 7days/week for two weeks

## **Academic Information**

---

### **Studying Doctorate in Health Care**

*Universidad Complutense de Madrid*

**2015-2018**

Thesis name: Adaptation of the nursing languages to the Arab world



---

## **Nursing Degree**

### **European University of Madrid**

**2014-2015**

Adaptation to the Spanish nursing diploma to the nursing degree

End of degree graduation project

Nursing role in Palliative care (Final Mark: 9)

### **Master in Palliative Care**

*Universidad Pontificia de Comillas*

**2011-2012**

60 Credits (600 hours) divided in 200 hours of classroom, 220 hours of directed activities, and 180 practical hours.

Final mark: 9.6 (Honors degree).

**Thesis:** Palliative Care in Jordan and Spain: A Comparative Study.

Final mark: 9.2

## **Nursing Degree**

### **University of Jordan**

**1995-1999**

Bachelor's in nursing sciences of the University of Jordan, 1999, approved by the Division of Securities and Recognition of Qualifications of the Ministry of Education, Culture and Sports of Spain to the Spanish degree of Diploma in Nursing

## **Courses, seminars and conferences**

### **Connect to influence**

Cigna International

2019

### **Training of the trainers**

Cigna International

2018

### **Developing emotional intelligence /training of facilitators**

Cigna International

2017

**International Nursing Congress- Barcelona 2017**

Participation with a poster (Adaptation of the nursing languages to the Arab World)

**English course for health providers**

MD-Anderson Cancer center

2015-2016

**Course of Communication skills**

MD Anderson Cancer Center of Madrid

2014

**IV Scientific Day: Specialization in Palliative Care**

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid) 2013

**IX Scientific Meeting about Grief**

*El Centro de Humanización de la Salud, Religiosos Camilo* (Tres Cantos)

**VIII Scientific Day of Family and Palliative Care**

*El Centro de Humanización de la Salud, Religiosos Camilo* (Tres Cantos)

2013

**II Conference of Palliative Care, Ethical Reflections at the end of life**

“Alzheimer and decision making” (0.6 credits)

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid)

2013

**III Nursing Scientific Meeting: Nursing and Research**

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid)

2013

**Annual Scientific Meeting: Effectiveness and Efficiency of Palliative Care**

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid)

2012

**First meeting of Nursing Palliative Care**

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid)

2011

**Course in Nursing Palliative Care/ Intermediate level**

(80 hours/11.4 credits)

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid)

2011

**Middle East Exhibition of Sales Technology** (Amman)

2007

**Palliative Care and Pain Management at King Hussein Cancer Center in**

Amman (50 hours)

Palliative Care Studies Center/ San Diego Hospice

2004

**Intensive Sales and Marketing Course**

Academy of Management Science (Amman)

2002

**Other qualifications/Interests**

---

**Languages**

Language 1: Arabic, Native

Language 2: English. High level written and spoken (bilingual education)

Language 3: Spanish. High level written and spoken (level B2 certificated by the Official School of languages of Madrid)

**Computer skills**

1- Experience and user level in computer tools (Office Word, Excel, PowerPoint)  
Windows/PC and Apple Mac.

2- Experience in the use of the SAP system.

3- Experience in the use of Acti-sur program

4- Experience in the use of sales force program

**Driving license:** Jordanian and Spanish driving license type B

**Willing to relocate and travel:** Yes

**Hobbies:** Reading, cooking and travelling

**Anexo (8):** Carta oficial de la universidad que acredita a la autora de este estudio como estudiante de doctorado y investigadora del tema del estudio.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA

University Complutense of Madrid  
Faculty of Nursing

Madrid, 08 of July 2016

Letter of Certification of Student Participation in Investigation project as part of  
the Doctorate degree

In order to facilitate the student's investigation, the University Complutense of Madrid/Nursing Faculty certify that:

Hanan Mustafa Abbad is a doctorate student in the university, and that she is holding an investigation project to elaborate her thesis under the supervision of Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos and Dr. José Luis Cobos Serrano.

Academic course: 2015/2016

Study duration: 3 years

Doctoral thesis title: Adaptation of the nursing languages to the Arab world

Methodology: a qualitative interpretative exploratory cross-sectional study with expert opinion through the Delphi method.

Main objective: To adjust nursing languages to the Arab world.

Specific objective:

- 1- Identify nursing diagnoses objects of the study.
- 2- Determine which are the factors and the interventions (related to such diagnoses) and common in the NANDA, ATIC languages.
- 3- Investigate the opinion of Arab experts about these factors and interventions.
- 4- Describe the effect of the use of a non-maternal language on nurses registers in the precise expression of the nursing process.
- 5- Propose a version of the nursing languages adapted to the needs of patients and nursing staff in the Arab world.

Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos

Dr. José Luis cobos Serrano

**Anexo (9):** Carta de presentación enviada a los hospitales para facilitar las entrevistas

Dear Sir/Madam,

My name is Hanan Mustafa Abbad; I am a doctorate student in the Nursing Faculty of the *Complutense* University of Madrid, Spain.

I am addressing you to request the permission to hold an interview with the nursing director of the hospital, as part of the second phase of the data collection of my investigation project for the doctorate studies. (The interview is an in-depth interview, and considered to be one of the investigation tools; in this investigation it is needed as an exploratory tool).

As you review the investigation idea and summary provided below, you would notice that the work is related to nursing in the Arab world, and this is why we need to interview nursing directors from many Arab countries.

I came to Jordan to try to get some interviews, and I will be here till the 14<sup>th</sup> of August 2017.

I will appreciate your collaboration very much, as I do believe that this study can help us as nurses to provide a higher quality care, and also it can be useful for the development of a unified nursing registration system in our countries.

Below; a summary of the investigation project.

The thesis name is: Adaptation of the nursing languages to the Arab world.

In this research we intend to propose a version of the nursing languages adapted to the needs of patients and nursing staff in the Arab world, based on one part in the fact that culture can alter the perspective of some concepts such as health, Illness and death, and therefore requires some changes in health care practices, medical decisions and models of health service delivery.

On the other, in the fact that 6.6% of the world's inhabitants speak Arabic and most of them are of Arabic origin and live in an Arabic cultural context; and therefore investigating the application of nursing languages in the Arab world and adapting them to the needs of this culture can be of great importance to improve the quality of nursing care.

We also believe that it will be of great importance to investigate the possible negative effects of the use of a non-maternal language on nursing records, knowing that English or French are used in the Arab countries as the official language for nursing education and therefore the languages used in nursing records.

We are studying two main nursing languages, NANDA and ATIC, the idea is to evaluate the needed changes to make those languages or one of them adapted to the needs of the nurses and patients in the Arabic world; taking into consideration the cultural differences and the language barrier.

This investigation proposal was accepted as a poster in the International Nursing Congress that was held in Barcelona in May 2017.

The requested interview with the nursing director does not aim to collect any kind of data about the patients; neither aims to get any kind of statistics related to the hospital.

It aims to explore the current nursing register system in the hospital and the nursing director opinion about the nursing diagnosis/languages as a tool for the application of the nursing process and for the registration of the nursing notes.

As known, the in-depth interview is not a structured one, the investigator prepares main questions, and depends on the answers and the interaction, the interview can take one direction or another.

The interview will be in Arabic and will be recorded to save time and to facilitate the information discharge.

The main questions of the interview are:

- 1- Do you use the nursing languages as a tool to apply the nursing process?
- 2- If you are using one of the languages, do the nurses feel comfortable using it, and does it reflect the real needs of the nurses and the patients?
- 3- What is the language used in the nursing registering record?
- 4- What do you think about using a language that is not our mother language for the nursing registration records?
- 5- In your opinion what are the modifications needed in the international nursing language to meet the needs of the nurses and patients in the Arab countries?
- 6- Do you think that having a unified, well-developed nursing registration system is important, and why?

- 7- What is the registration system used in the hospital?
- 8- How do you see the Arabic language as a language for communication with the patients and for the registration of the nursing notes?
- 9- In what percent the Arabic language is used in the day-to-day work of the nurses?
- 10- Do you have any translation of any international nursing language to Arabic?
- 11- Do you face the need to have a medical dictionary to facilitate the nurse's role of providing information and health education to the patients and their families?
- 12- How do you translate the following diagnosis to the Arabic?  
Spiritual suffering  
Grieving  
Helplessness
- 13- Please have a look to the two lists (nursing interventions from two different nursing languages) and tell me in your opinion which one is more complete and more close to what you used to face with your patients.

Attached to this email:

- 1- My CV
- 2- A formal Letter of the University
- 3- The poster I participated with in the International Nursing Congress in Barcelona, 2017

If any more information is needed, please let me know.

Sincerely yours

Hanan Mustafa Abbad

Email: hananm77@hotmail.com

Phone/Jordan:

Phone/Spain:

**Anexo (10):** Lista con las etiquetas de las entrevistas

<b>Categoría 100: Datos básicos de la entrevista:</b>			
<b>Código</b>	<b>Etiqueta</b>	<b>Resultados</b>	
<b>101</b>	<b>Tipo de dispositivo sanitario</b>	Hospital general 10111, 10131, 10141, 10171	4
		Hospital quirúrgico 10121, 20151	2
		ONG 10161	1
<b>102</b>	<b>El país</b>	Jordania 10211, 10221, 10231, 10241, 10251, 10261, 10271	7
<b>103</b>	<b>El puesto de trabajo del participante</b>	Director de enfermería 10325, 10355, 10375, 10335, 10366	5
		Subdirector de enfermería 10317, 10347	2

<b>Categoría 200: los lenguajes enfermeros</b>			
<b>Código</b>	<b>Etiqueta</b>	<b>Resultados</b>	
<b>201</b>	<b>El uso de los lenguajes enfermeros</b> Todos contestaron esta pregunta	NANDA 201147 201215 2013155 201420 201521 201710	6
		Unificado en todos los departamentos 2013168 201425 201551 201616	3
		Solo utilizan los diagnósticos 201216 201342	2
		No es un uso formal de la NANDA 201215	1
		En la UCI si 201141	1
		Las intervenciones son las que hago 201618	1



		el resto de las plantas hay carencias 201142	1
		Tenemos una lista estándar 201351	1
		Están obligados a seguir el proceso de enfermería 201338	1
		De los Diagnósticos lo que recordamos de la NANDA 201622	1
		Las intervenciones escribo lo que hago yo 201618	1
<b>202</b>	<b>El valor de una copia de la NANDA en árabe</b> Participante 6+7 no contestaron a esta pregunta	Muy necesario 202176 2022119	2
		Algo que nunca hemos probado 202177	1
		Facilita a los enfermeros registrar 2023175	1
		Para meterla en el sistema muy difícil 2023176	1
		Muy Útil 2024134	1
		La van a entender mejor 2024135	1
		Nunca lo he pensado 2025187	1
		Puede que con esto conseguimos un plan de cuidado comprensible y un registro mas preciso Evitar registrar algo erróneo y evitar la falta de comprensión 2022121 2022128 2025197	3
		Facilita la comunicación con el paciente para explicar los términos	1

		médicos y el plan de cuidado 2025203	
		necesita mucho apoyo 202176	
<b>203</b>	<b>El valor de una copia de la NANDA modificada y adaptada</b> Participantes 5 +1 no contestaron a esta pregunta	Será útil 203759 2033185 2036132	3
		Así podemos tener un sistema unificado de referencia 2033186	1
		Muy importante 2033311	1
		Nos acercamos a tener un registro estándar y fácil de entender 2033312	1
		El paciente recibe cuidado estándar 2033187	1
		Nos acercamos mas a las necesidades culturales especiales 2033188	1
		Hace falta modificar los recursos internacionales 2034130	1
		Nos da más autoridad 2036440	1
		Será referencia para comunicar correctamente con el paciente y registrar todo correctamente 2036436	1
		Tendrá un porcentaje de aceptación muy alta 2032261	1
<b>204</b>	<b>Limitaciones en el uso de la NANDA</b> Todos contestaron a esta pregunta	La mentalidad en nuestra cultura y la falta de respeto a la profesión 2041161	1
		Hablarles de diagnósticos es imposible 20141163	1
		Al tener un <i>check list</i> es fácil 204718	2

		204531	
		La documentación no la hacen bien 204719	1
		Consume mucho tiempo 204720 204368 204394 204435	4
		No paré a pensarlo antes 204725	1
		No están cómodos, no es muy practica, no están convencidos 204367 204228 204434	3
		No refleja el día día 204392 204435	2
		Nuestros pacientes necesitan seguimiento mas que plan de cuidado 204396	1
		Difícil de utilizar 204429	1
		No es adecuada para nuestra cultura y hay cosas que son aplicables en nuestro entorno 204431 204436 204561 2046106	4
		Necesita modificación 204430 304432 204699 2046134 2046110 2046116	6
		Hay que modificar las intervenciones, sobre todo 2044139	1

		Es muy general 2045132	1
		No cubre área específicas 2045134	1
		No tengo problema 204638 (tampoco lo utiliza realmente)	1
		Solo utilizan los diagnósticos y el resto del proceso no 204216	1
		Solo escogen los diagnósticos reales 204230	1
		No son capaces de escoger diagnósticos psicológicos o espirituales, incluso en un ingreso por este motivo 204237	1
		Falta de comprensión 2042128	1
		Registro erróneo por falta de comprensión 2042121	1
		Me encuentro con enfermeros que no entienden los diagnósticos 2042119	1
<b>205</b>	<b>La raíz de las limitaciones</b> Solo habló de eso participante 2	No me puse a investigar 205228	1
		Dicen falta de tiempo y carga de trabajo 205234	1
		No considero la falta de tiempo y carga de trabajo razones lógicas 205236	1
<b>206</b>	<b>Disponibilidad de una copia de la NANDA en árabe</b> Contestaron participantes 3 y 4 y 6	No, nunca lo he visto 2065180 (tampoco lo he buscado) 206279 2063192	3
<b>207</b>	<b>EL valor de los estudios relacionados con los lenguajes enfermeros</b> Contestaron participante 4+5+6+2	Es muy bonito el tema de esta investigación 2074270	1
		Me gustaría saber el resultado de esta investigación	1

		2075315	
		Muy contenta que alguien aborde este tema no hay estudios parecidos 2076315	1
		Abren la mente y cambian la perspectiva sobre la profesión de enfermería 2076437	1
		Los libros en árabe son frustrantes, traducción mala, incompleta, incorrecta a veces, y perspectiva limitada 2076323	1
208	<b>Medidas para fomentar el uso de los lenguajes enfermeros</b> Solo habló del tema participante 2	Apoyo de los líderes 2082255 208176	1
		Una perspectiva común que nos guía 2082263	1

**Categoría 300: los sistemas de registro de enfermería**

301	<b>El tipo de registro de enfermería</b> Contestaron los 7 participantes	Manual 301194 3012143 301371 3014144 301583 301667 301750	7
302	<b>La visión futura del registro</b> Todos los participantes contestaron	Un sistema computarizado 302195 302372 302671	3
		Propio del hospital 3021105 302381	2
		Tipo <i>check list</i> 302196 302376	2
		Basado en la NANDA 302199 3023155 302682	3

		No hay plan de cambio, pero sueno con un sistema computarizado unificado 3022135 3024153 3024158 3025140	4
		No sé si es la NANDA es lo mismo que el manual ahora 302386 (se entiende luego que es la NANDA y se registra con el código 3023155)	1
		En inglés, no puede estar en árabe en este momento 302683 302684	2
		Hay que mejorar el nivel de inglés y informática de los enfermeros antes de pasar a un sistema computarizado 302751	1
<b>303</b>	<b>El valor de un sistema computarizado unificado</b> Contestaron participante 2 + 4 + 5 + 6	Mejora la calidad de los cuidados y la documentación 3032135 3034165	2
		Mejora la gestión del tiempo (ahorro de tiempo) 3032136 3034164 303677	3
		Disminuir la cantidad de información no registrada 3032158	1
		Más fácil y seguro 3035143	1
		Difícil de modificar 3035144	1
		Mucho mejor que le manual 3035153	1
<b>304</b>	<b>Valoración del sistema actual</b>	Consume mucho tiempo	3

	Contestaron participante 2+4+6	3042137 3044146 304672	
		Documentación de mala calidad 3042138	1
		No lo estamos haciendo bien 3044145 304674 (consta de notas cortas)	2
		A veces no entendemos lo que está escrito 3044169	1
<b>305</b>	<b>El valor legal del registro de enfermería</b> Contestaron participante 1+2+4+5	No las tienen en cuenta en un juicio 3051165	1
		Piden todo tipo de documentación incluidas las notas de enfermería 3052151 3055158	2
		En la mayoría de los casos la realidad no está reflejada 3052152	1
		Las interacciones con el resto del equipo no están documentadas 3052155	1
		No las considero fiables 3052161	1
		Válidas para un juicio 3054173	1
		Tienen en cuenta que no registran en su idioma materna 3054174	1
		Normalmente está todo escrito, pero mal escrito 3054175	1

<b>Categoría 400: Los idiomas de comunicación y documentación</b>			
<b>401</b>	<b>El idioma de la comunicación</b> Contestaron participante 1+2+3+7	Árabe 401148 401261 401399 401731 4014293	4

		4015320 4016475	
		Inglés para los términos 401149 401254	3
		El uso del inglés es secundario 401165	1
		Intentan explicar los términos médicos en árabe 401259	1
402	<b>El idioma del registro de enfermería</b> Contestaron todos los participantes	Inglés 402148 402242 4023100 402448 402567 4025121 402633 402730	7
		Las palabras exactas del paciente en árabe y las que no saben traducir al inglés 402449 4025123	2
		Los informes de incidentes en árabe 402450	1
403	<b>El valor de un diccionario de términos médicos inglés-árabe</b> Todos los participantes contestaron	No hay necesidad 403154 403594	2
		Necesitamos uno pero no tenemos 403268 4033197 4034184 4036161 4036177 403746	5
		Utilizan palabras coloquiales no profesionales cuando intentan traducir un término medico al árabe	1



		403270	
		Una terminología unificada mantiene el nivel profesional alto 403273	1
		Uso la traducción del internet pero no es correcta 4034186	1
		Utilizamos un libro de terminología inglés-inglés 403595	1
		Solo no funciona, al lado del inglés si 4036178	1
		Los enfermeros están acostumbrados a los términos más utilizados y las traduzcan al árabe 403743	1
<b>404</b>	<b>El nivel de inglés de los enfermeros</b> Contestaron todos menos el participante número 2	Entienden lo que escuchen 404165	1
		Hablan el inglés un poco mal 404166	11
		Aceptable 4043108	1
		El nivel de los nuevos graduados es cada vez peor 4043124 404572	2
		Pedirles hablar en inglés en una entrevista es como pedir lo imposible 4043126	1
		Muy flujo/bajo 404455 404646 (y me causa muchos problemas) 404734	3
		Resultados de exámenes lamentables 404457	1
		No muestran interés por el ingles 404458	1

		Muy pocos con nivel aceptable 404461	1
		Terminan el grado con nivel bajo y no mejoran 404463	1
		Hay un problema de nivel 404571	1
		Problemas de ortografía y dictado 404573 404737	2
		Tengo que traducir al árabe incluso para los profesionales, algunos con mucha experiencia 404648 404654	2
<b>405</b>	<b>La necesidad de formación el idioma inglés</b> Hablo del tema solo participante 1	No vio la necesidad, el uso del inglés es secundario 405165	<b>1</b>
<b>406</b>	<b>Lagunas en la comunicación y la documentación relacionadas con los idiomas</b> Contestaron todos menos el participante 7	Dificultad cuando el paciente no habla nada de inglés 406159	1
		Falta de comprensión causa no reflejar la realidad en los registros 4062128 406589 (no siempre) 6062119 (no entienden los diagnósticos)	3
		Falta de una referencia estándar y cada uno se expresa con su lenguaje natural 406331	1
		No hay problema, se entienden entre ellos 4063113	1
		Hay lagunas en la traducción de lo que dice el paciente al árabe. 4063133	1
		No entendemos lo que está escrito 4064169 406663	2

		Mucha dificultad al utilizar idioma no materno 4065101	1
		No tenemos suficientes términos en árabe para explicar todo el paciente en árabe. 4065203	1
		No confío en las notas escritas de los enfermeros 406661	1
		Un problema muy grande hablando sin darse cuenta en inglés con los pacientes 4066143	1
		Hay una laguna muy importante en la comunicación 4066176 4066171 4066163	3
		Volvemos siempre a necesitar el idioma materno 4066175	1
		Nadie se preocupa de facilitar recursos y fuentes de información serios en árabe 4066333	1
		Hemos ignorado totalmente la importancia del árabe a la hora de trabajar con pacientes árabes 4066331	1
		Pueden registrar algo erróneo por falta de comprensión 4062121	1
407	El valor de un registro en árabe 6+7 no contestaron	Dará mucho valor a vuestro trabajo 407184	1
		Una mejor valoración del paciente 407288	1

		Mejora la comunicación con el paciente y un rol más activo dentro del equipo 407289	1
		Un cuidado holístico del paciente 407290	1
		Documentación más precisa 407292	1
		Un desastre 4073141	1
		No vamos a entendernos, no hay terminología en árabe 4073145	
		Difícil empezar con toda la base en ingles 4073146 4074122 4075119	3
		A favor 4074120	1
		No funcionará 4074118	1
<b>408</b>	<b>Medidas para conseguir registrar en árabe</b> Contestaron el 2+3+4	Los lideres facilitan los recursos para criar una base solida para pasar a esta etapa 408298	1
		Empezar desde el principio en la universidad 4083147 4084120	2
		Facilitar libros de texto en árabe 4084118	1
<b>409</b>	<b>La dificultad de traducir al árabe</b> Contestaron 2+4+5+6	Pensando en la palabra duelo hace unos días, es muy difícil 4092208 4094229	2

		Es súper difícil/complicado traducir al árabe 4094191 4096154	2
		No tenemos terminología árabe suficiente para traducir al árabe 4095203 4096156	2
		Necesitamos parar y pensar mucho tiempo para encontrar la palabra árabe adecuada 4095244 4096153 4096198	3
		Seguro que has encontrado con mucha dificultad para traducir la definición de la desesperanza 4096268	1
		Me va a costar mucho tiempo leer la definición del sufrimiento espiritual 4096243	1
		Suena raro leer la definición en árabe 4096242	1
		Sin querer lo estoy traduciendo el inglés para entenderlo 4096248	1
		Siento como si no explico las cosas correctamente en árabe. 4096155	1
<b>410</b>	<b>La raíz del problema de nivel del inglés</b> Contestaron participante 4+5	Tendencia de aumentar el numero de graduados a costa de la calidad 410471	1
		Hay un problema serio en la universidad,	2

		terminan con un nivel bajo y no mejoran 410470 410463	
		Los exámenes de elección múltiple 410482	1
		El nivel alto de <i>turn over</i> 410496	1
		No hay suficiente personal para la educación continua 4104109	1
<b>411</b>	<b>Medidas para mejorar la comunicación y la documentación</b> Contestaron participante 3+5	Cursos especiales en la Uni de terminología medica y abreviación en inglés 4113118	1
		Evitar contratar a gente que no muestra interés en actualizarse 4115103	1
		Revisión rutinaria de los registros 4115107	1
		Llamar la atención a los errores de escritura 4115109	1
<b>412</b>	<b>El uso del lenguaje natural en la comunicación y la documentación</b> Contestaron participantes 2+3+4	En algunos casos 412222 412441	2
		Si 412322 412331	2
		No sale muy científico 412424	1
<b>413</b>	<b>El valor de una asignatura universitaria de los términos médicos en árabe</b> Habló del tema solo participante 2	Difícil calcular los resultados es un riesgo y una ventaja 4132108	1
		Facilitará el trabajo con los diagnósticos 4132110	1
		Nos acerca mas a la realidad 4132111	1

<b>Categoría 500: Tradición de los tres diagnósticos del estudio</b>			
<b>501</b>	<b>La traducción del sufrimiento espiritual</b> Todos los participantes contestaron  La traducción del investigador es: <b>Al-Moanat Al-Roheyah</b>	Al-Moanat Al-roheyah/Nafseyah 5011119	1
		Al-Moanat Al-Nafseyah 5013202 5014214 5013203	2
		Moanat Roheyah 5012193 5014213 5015215 5016187 501767	5
<b>502</b>	<b>La traducción del duelo</b> Todos los participantes contestaron  La traducción del investigador es: <b>Alasa</b>	Al-Hozon 5021129 5024234 5025227 5026206 502771	5
		No conozco esta palabra 5021123	1
		Al7otam 5022210	1
		Wala3 5023219	1
		Mosab 5023229	1
		Mosab jalal 5023230	1
		Al-Asa 5026205	1
<b>503</b>	<b>La traducción de la desesperanza</b> Todos los participantes contestaron  La traducción del investigador es: <b>Alyas</b>	Los casos no curables 5031127 5034218	2
		Alyas 5032197	1
		Alya2as es más cercana y mas utilizada que Foqdan Al-Aamal 5032203 5036201	2
		Foqdan Al-Amal 5033206 5034223 5035219 5036191	4

		No tiene esperanza 5034219	1
		Soy consiente que Foqdan Al-Amal no da el significado exacto 5036192	1

**Categoría 600: Definición de los tres diagnósticos del estudio**

**Enseñamos dos definiciones de cada diagnóstico para elegir el más comprensivo, correcto y completo;**

**A: ATIC**

**B: NANDA**

**Los participantes no sabían a cuál de los dos lenguajes corresponde cada definición**

<b>601</b>	<b>Definición del duelo</b> Todos los participantes contestaron	A 6014248 6016282 601779	3
		B 6011138 6012226 6013245 6015291	4
<b>602</b>	<b>Definición del sufrimiento espiritual</b> Todos los participantes contestaron	A 6021142 6022220 6023241 6024242 6025295 602783	6
		B 6026259	1
		El A es más fácil de entender 6022222	1
		Hay que fusionar las dos definiciones 6024241	1
		El B se acerca mas a mi concepto 6026260	1
<b>603</b>	<b>Definición de la desesperanza</b> Todos los participantes contestaron	A 6031146	5



		6033249 6034252 6036276 603775	
		B 6032230 6035299	2
		Los dos están cerca, pero si tengo que elegir elijo el A 6036274	1

**Categoría 700: Las intervenciones de los tres diagnósticos del estudio**

**Enseñamos dos listas de intervenciones; para elegir la lista que contiene la mayoría de las intervenciones necesarias para cada diagnostico**

**A: ATIC**

**B: NANDA**

**Los participantes no sabían a cual de los dos lenguajes corresponde cada lista**

<b>701</b>	<b>Las intervenciones para el duelo y la desesperanza</b> Todos los participantes contestaron	A 7011151 7012237 7013256 7014260 7015305 7016307	6
		B 701787	1
		El A Más comprensivo y más aplicable 7012239	1
		Más intenso el A 7014261	1
		No sé que elegir son muy parecidos 7014259	1
		El B parece como intento de arreglarlo 1076301	1
<b>702</b>	<b>Las intervenciones para el sufrimiento espiritual</b> Todos los participantes contestaron	A 7021155 7022246 7024265	5

		7025309 7026311 (sin duda)	
		B 7023261 702791	2
		El A es más aplicable y aborda aspectos religiosos 7022248	1
		El B es más fácil 7023262	1
		El B es más cercano 7023266	1

<b>Categoría 800: Aspectos culturales</b>			
<b>801</b>	<b>El origen de los pacientes</b> Todos los participantes contestaron	La mayoría son árabes 801246 8011198 8013328 8014293 8015320 8016475 801797	7
<b>Conclusión</b>	La mayoría de los pacientes son árabes en los siete dispositivos		
<b>802</b>	<b>Aspectos culturales destacados relacionados con el cuidado de enfermería</b> Contestaron el 3+4+6	Las consideraciones religiosas 8023272 8026336	2
		Instrucciones y recursos para practicar los rituales religiosos 8023276	1
		Como cuidar las heridas a la hora de limpiarse para rezar 8023277	1
		El teme de la privacidad y pedir un enfermo del mismo genero 8023281	1

		Protocolo especial después de la muerte 8023287	1
		Como preparar el cuerpo después de la muerte y diferencias entre musulmanes y cristianos 8023291	1
		El concepto del dolor y su relación con la fe en dios 8026338	1
		Poca consideración con la espiritualidad y considerarla la religión o el destino 8026345	1
		La gente no se siente cómoda y libre para reconocer y expresar sus sentimientos 8026380	1
		La fe ayuda a la gente en nuestra cultura a superar muchas cosas 8024244	1

<b>Categoría 900: el nivel de conocimiento del participante sobre el tema</b>		
<b>Participante 1</b>	900169	Se entiende que no valora la gravedad del problema de nivel del inglés, hablan un poco mal, el uso del inglés es secundario pero es el idioma de registro y no es necesario un diccionario ni formación
	9001123	No conoce la palabra duelo
	9001197	Se nota que no sabe muy bien que son los lenguajes enfermeros
<b>Participante 2</b>	9002274	Es consciente de la importancia de este tipo de estudios y culpa a los líderes por su falta de apoyo
	9002277	Actualizado y muy bien informado
	9002272	Muestra frustración por lo que desea y lo que hay

<b>Participante 3</b>	9003600	Sinceramente no sé es la NANDA
	9003318	No utilizamos ningún lenguaje enfermeros
	9003323	El participante no sabía que están utilizando la NANDA
	9003325	Se nota la falta de formación sobre el proceso de enfermería y los lenguajes enfermeros. Dice que sus paciones necesitan seguimiento no plan de cuidado
<b>Participante 4</b>	900444	Se muestra frustración y preocupación hablando del uso del lenguaje natural y las limitaciones de la NANDA
	9004291	Se muestra frustración y preocupación hablando del nivel del inglés de los enfermeros
<b>Participante 5</b>	9005322	Muy bien informada
<b>Participante 6</b>	9006477	Muy bien informada
	9006479	Muy interesada en la adaptación cultural
<b>Participante 7</b>	900795	Muy interesada en el tema y muy bien informada

**Anexo (11):** Cuestionario de la 1ª ronda

**Universidad Complutense de Madrid**

**Cuestionario de consenso sobre los lenguajes enfermeros y su aplicación en el  
Mundo Árabe.**

Dirigido a enfermeros/as nativos/as árabes

Tesis Doctoral: La adaptación de los lenguajes enfermeros al mundo árabe

Hanan Mustafa Abbad

Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos

Dr. José Luis Cobos Serrano

Febrero 2018

Dirección de Correo electrónico: [hananm77@hotmail.com](mailto:hananm77@hotmail.com) / [h.mustafa@ucm.es](mailto:h.mustafa@ucm.es)

Estimado/a participante,

El presente cuestionario forma parte del trabajo de investigación titulado: La adaptación de los lenguajes enfermeros al mundo árabe.

En la segunda fase de la investigación, la metodológica, aplicaremos el método Delphi para lograr el consenso del panel de expertos conformado por enfermeros/as árabes que trabajen en los países árabes sobre los diagnósticos de enfermería sometidos a estudio.

En este trabajo de investigación pretendemos proponer una versión de los lenguajes enfermeros adaptada a las necesidades de los pacientes y el personal de enfermería en el mundo árabe, basándonos en el hecho de que la cultura puede alterar la perspectiva de algunos conceptos como la salud, la enfermedad y la muerte, y por lo tanto exige algunos cambios en las prácticas relacionadas con el cuidado de la salud, las decisiones médicas y los modelos de prestación de los servicios sanitarios. Por lo tanto creemos que investigar la aplicación de los lenguajes enfermeros y adaptarlos al mundo árabe puede ser de gran importancia para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en los países árabes.

Consideramos de gran importancia también explorar cuales son los idiomas de comunicación y documentación utilizadas en los países árabes e investigar los posibles efectos negativos del uso de un idioma no materno en dichas actividades.

Esta es la primera ronda de dos previstas, la segunda está previsto que se envía en abril 2018.

El periodo estimado de recogida: hasta 10 días.

La información es de carácter confidencial y reservado; ya que los resultados serán manejados solo para la investigación.

Agradezco anticipadamente su valiosa colaboración

**Datos del participante:**

**Elija la casilla correspondiente a sus datos y defina su respuesta en el caso de elegir la opción “otro/a”**

**País:**

☐ Arabia Saudí ☐ Argelia ☐ Bahrein ☐ Egipto ☐ Emiratos Árabes

☐ Irak ☐ Jordania ☐ Kuwait ☐ Líbano ☐ Libia

☐ Marruecos ☐ Mauritania ☐ Omán ☐ Palestina ☐ Qatar

☐ Siria ☐ Somalia ☐ Sudán ☐ Túnez ☐ Yemen

☐ Otro: .....

**Edad**

☐ 21-30

☐ 31-40

☐ 41-50

☐ 51-60

☐ > 60

**Sexo**

☐ Hombre

☐ Mujer

**Años de experiencia profesional**

☐ < 1

☐ 1-5

☐ 6-10

☐ 11-15

☐ 16-20

☐  $\geq 20$

**Puesto de trabajo actual**

☐ Hospital

☐ Universidad

☐ Atención primaria

☐ Centro de investigación

☐ Otro: .....

**Ámbito de trabajo**

☐ Asistencial

☐ Docente/educación

☐ Gestión /dirección

☐ Investigación

☐ Otro:.....

**Dirección de correo electrónico:**

.....

**Los lenguajes enfermeros**

**Elija la casilla que más se ajusta a su opinión y defina su respuesta en el caso de elegir la opción “Otro”:**

**1- Utilizamos los lenguajes enfermeros como herramienta para aplicar el proceso de enfermería**

☐ Muy frecuentemente



☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Raramente

☐ Nunca

**Comentarios del participante:**

**2- El lenguaje enfermero utilizado en mi lugar de trabajo es**

☐ NANDA-NIC-NOC

☐ ATIC

☐ CIPE

☐ Otro: .....

☐ En mi lugar de trabajo no utilizamos ninguna calcificación de lenguaje enfermero

**Comentarios del participante:**

**3- El lenguaje enfermero utilizado en mi lugar de trabajo es comprensible y fácil de aplicar**

☐ Totalmente de acuerdo

☐ De acuerdo

☐ Indiferente

☐ En desacuerdo

☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

**4- El lenguaje enfermeros utilizada en mi lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes**

☐ Totalmente de acuerdo

☐ De acuerdo

☐ Indiferente

☐ En desacuerdo

☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

**5- Un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería**

☐ Totalmente de acuerdo

☐ De acuerdo

☐ Indiferente

☐ En desacuerdo

☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

**6- Una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación**

☐ Totalmente de acuerdo

☐ De acuerdo

☐ Indiferente

☐ En desacuerdo

☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

## **Idioma de comunicación y documentación**

**Elija la casilla que más se ajusta a su opinión y defina su respuesta en el caso de elegir la opción “Otro”:**

**1- El idioma de comunicación con el paciente en mi lugar de trabajo es el árabe**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Casi Nunca
- ☐ Nunca

**Comentarios del participante:**

**2- El idioma utilizado en el registro de enfermería es:**

- ☐ El árabe
- ☐ El inglés
- ☐ El francés
- ☐ Otro: .....

**Comentarios del participante:**

**3- El principal idioma de los estudios en las facultades de enfermería en mi país es:**

- ☐ El árabe
- ☐ El inglés
- ☐ El francés
- ☐ Otro: .....

**Comentarios del participante:**

**4- El nivel del segundo idioma (inglés, francés, ...) de los enfermeros es:**

☐ Muy Alto

☐ Alto

☐ Regular

☐ Bajo

☐ Muy Bajo

**Comentarios del participante:**

**5- El uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería**

☐ Totalmente de acuerdo

☐ De acuerdo

☐ Indiferente

☐ En desacuerdo

☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

**El registro de enfermería**

**1- El registro de enfermería en mi lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as**

☐ Totalmente de acuerdo

☐ De acuerdo

☐ Indiferente

☐ En desacuerdo

☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

**2- El registro de enfermería en mi lugar de trabajo es:**

☐ Manual

☐ Computarizado

☐ Otro:.....

**Comentarios del participante:**

**6- El registro de enfermería en mi lugar de trabajo es fácil de manejar**

☐ Totalmente de acuerdo

☐ De acuerdo

☐ Indiferente

☐ En desacuerdo

☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

**7- El registro de enfermería en mi país se considera una prueba válida en un juicio**

☐ Totalmente de acuerdo

☐ De acuerdo

☐ Indiferente

☐ En desacuerdo

☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

## **Los diagnósticos de enfermería**

**Elija la casilla que más se ajusta a su opinión y defina su respuesta en el caso de elegir la opción “Otro/a”:**

**1- La traducción correcta de “sufrimiento espiritual” al árabe es:**

☐ Al-Moanat Al-Rawheyah

☐ Al-Moanat Al-Nafseyah

☐ Otra:.....

**Comentarios del participante:**

**2- La traducción correcta de “duelo” al árabe es:**

☐ Alhazon

☐ Alhotam

☐ Alasaa

☐ Alwala

☐ Almosab

☐ Alfajeah

☐ Otra:.....

**Comentarios del participante:**

**3- La traducción correcta de “desesperanza” al árabe es:**

☐ Foqdan Al-Amal

☐ Alyas

☐ Otra:.....

**Comentarios del participante:**

#### **4- Esta definición de la desesperanza es correcta y completa**

“La persona presenta una insuficiencia de los mecanismos de afrontamiento que expresa una postura de rendición, con depreciación del auto-concepto, inhibición emocional, pasividad y ruptura de la continuidad temporal hacia el futuro”.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Indiferente
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

#### **5- Esta definición del duelo es correcta y completa**

“La persona experimenta un conjunto de respuestas físicas, psico-emocionales, sociales y espirituales, de adaptación frente a una pérdida”

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Indiferente
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

#### **6- Esta definición del sufrimiento espiritual es correcta y completa**

“La persona experimenta un padecimiento angustioso, intenso y doloroso, vinculado a la incapacidad para encontrar, mantener o recuperar el equilibrio interno que le permite cuestionar el sentido de la propia existencia o de la situación que está viviendo, y fomenta su relación con lo que es trascendental”.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Indiferente
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

**Comentarios del participante:**

**6- Elija las intervenciones que en su opinión son esenciales para el cuidado de un paciente con duelo y/o desesperanza**

- ☐ Admission care
- ☐ Active listening
- ☐ Emotional debriefing
- ☐ Health education: Medication
- ☐ Health education: complications
- ☐ Prevention
- ☐ Caregiver: involvement
- ☐ Health education: disease process
- ☐ Health education: diet
- ☐ Health education: simple technique
- ☐ Family: active listening
- ☐ Health education: adaptation strategies
- ☐ Counseling
- ☐ Emotional stabilization
- ☐ Self-esteem: maintenance



- ☐ Health education: complex technique
- ☐ Health education: symptoms control
- ☐ Family: emotional debriefing
- ☐ Distraction
- ☐ Family Bond: strengthen
- ☐ Non-verbal communication: promote
- ☐ Cognitive restructuring
- ☐ Parental-child bonds: strengthen
- ☐ Health education: anxiety control techniques
- ☐ Coping disease progress: support
- ☐ Communication: adaptation
- ☐ Sensomotor stimulation
- ☐ Family coping to death: support
- ☐ Reorientation
- ☐ Grief: support
- ☐ Psychoemotional monitoring
- ☐ Aggressiveness: prevention
- ☐ Therapeutic walk
- ☐ Coping body image changes: support
- ☐ Occupational therapy
- ☐ Relaxation: induce
- ☐ Suicide prevention

- ☐ Regressive behavior: redirect
- ☐ Therapeutic alliance
- ☐ Kangaroo care
- ☐ De-escalation technique
- ☐ Aggressiveness: management
- ☐ Play therapy
- ☐ Family coping disease progress: support
- ☐ Group therapy
- ☐ Therapeutic interview
- ☐ Phonatory reconditioning
- ☐ Sensory rest
- ☐ Conflict: mediate
- ☐ Health education: self-control techniques
- ☐ Simple massage
- ☐ Coping disease diagnosis: support
- ☐ Dependent behavior: redirect
- ☐ Sensory stimulation
- ☐ Phonatory test
- ☐ Family conflict: mediate
- ☐ Organic liquid self-sampling: instruct
- ☐ Defensive behavior: redirect
- ☐ Family coping to disease diagnosis: support

- ☐ Music therapy
- ☐ Motor stimulation
- ☐ Cobedding: promote
- ☐ Literature therapy
- ☐ Infant massage

**Añada las intervenciones que eche de menos en la lista anterior:**

**Comentarios del participante:**

**7- Elija las intervenciones que en su opinión son esenciales para el cuidado de un paciente con sufrimiento espiritual.**

- ☐ Admission care
- ☐ Active listening
- ☐ Emotional debriefing
- ☐ Health education: complications prevention
- ☐ Caregiver: involvement
- ☐ Health education: disease process
- ☐ Health education: simple technique
- ☐ Family: active listening
- ☐ Health education: adaptation strategies
- ☐ Counseling
- ☐ Emotional stabilization
- ☐ Self-esteem: maintenance
- ☐ Health education: complex technique
- ☐ Health education: symptoms control

- ☐ Family: emotional debriefing
- ☐ Distraction
- ☐ Family Bond: strengthen
- ☐ Non-verbal communication: promote
- ☐ Cognitive restructuring
- ☐ Parental-child bonds: strengthen
- ☐ Health education: anxiety control techniques
- ☐ Coping disease progress: support
- ☐ Communication: adaptation
- ☐ Family coping to death: support
- ☐ Reorientation
- ☐ Grief: support
- ☐ Psychoemotional monitoring
- ☐ Aggressiveness: prevention
- ☐ Therapeutic walk
- ☐ Coping body image changes: support
- ☐ Relaxation: induce
- ☐ Suicide prevention
- ☐ Regressive behavior: redirect
- ☐ Therapeutic alliance
- ☐ De-escalation technique
- ☐ Aggressiveness: management

- ☐ Play therapy
- ☐ Family coping disease progress: support
- ☐ Group therapy
- ☐ Therapeutic interview
- ☐ Sensory rest
- ☐ Conflict: mediate
- ☐ Health education: self-control techniques
- ☐ Simple massage
- ☐ Coping disease diagnosis: support
- ☐ Dependent behavior: redirect
- ☐ Sensory stimulation
- ☐ Family conflict: mediate
- ☐ Defensive behavior: redirect
- ☐ Family coping to disease diagnosis: support
- ☐ Music therapy
- ☐ Cobedding: promote
- ☐ Literature therapy
- ☐ Meditation
- ☐ Resilience exercises
- ☐ Soul/mental revitalization
- ☐ Psychic/mental stabilization
- ☐ Spiritual rebalancing

- ☐ Generation of hope
- ☐ Meditative movements
- ☐ Prayer
- ☐ Reflexive/thoughtful stories
- ☐ Transcendental reflection
- ☐ Reflection of Gratitude
- ☐ Dignification.
- ☐ Spiritual wellness: support
- ☐ Spiritual strengthen: evaluation
- ☐ Spiritual discomfort: appease
- ☐ Signification/meaning of suffering: explore
- ☐ Own Courage: stimulate
- ☐ Transcendental questions/doubts: conduct
- ☐ Behavioral activation
- ☐ Support
- ☐ Self-esteem: maintain
- ☐ Cultural conciliation
- ☐ Positive confrontation
- ☐ Positive deviation
- ☐ Emotional nurturing
- ☐ Accelerated emotional resolution (Accelerated resolution therapy)

**Añada las intervenciones que eche de menos en la lista anterior**

**Comentarios del participante:**

**Le informaremos del resultado de este cuestionario dentro de 4-6 semanas, y si procede le enviaremos el cuestionario de la segunda ronda.**

**Muchas gracias por su participación.**

**Hanan Mustafa Abbad**

**Anexo (12):** Carta de presentación enviada en la primera fase de comunicación para la participación en los cuestionarios

Dear ...,

Hope this email finds you well, and happy New Year.

This is Hanan Mustafa, I am a doctorate student in the University of Complutense of Madrid, Spain.

I am currently holding an investigation under the title of: Adaptation of the Nursing languages to the Arab world.

In the second phase of this investigation, I will spread a Delphi questionnaire, expected to be filled by expert Arabic nurses.

I would like to count with your participation.

Attached to this email the official letter of the University, and the poster presented in the International Nursing congress in Barcelona in 2017.

If you are willing to participate, please advise and I will send you the investigation summary.

Thank you

Kind regards



**Anexo (13):** Carta de invitación enviada por correo para la participación en el cuestionario de la 1ª ronda

Dear ...,

Hope this email finds you well.

This is Hanan Mustafa Abbad.

I was one of the participants in the International Nursing Congress held in Barcelona last year.

I am holding an investigation project as part of my thesis doctoral, this project was presented as a poster in the congress under the title: Adaptation of the nursing languages to the Arab world

As part of the investigation method we prepared a questionnaire to get the consensus of the Arabic expert nurses about the nursing languages and its application in the Arab world.

We would like to invite you to participate in filling the questionnaire.

If you are interested, please press the link provided below.

<https://es.surveymonkey.com/r/3GWCKSZ>

Your participation is much appreciated.

Attached to this email, the formal letter of the University.

Please feel free to pass this email to any nurse who might be interested in participating.

Thank you

Kind regards

**Anexo (14):** Cuestionario de la 2ª ronda

## **Universidad Complutense de Madrid**

### **Cuestionario de consenso sobre los lenguajes enfermeros y su aplicación en el Mundo Árabe**

Dirigido a enfermeros/as nativos/as árabes

Tesis Doctoral: La adaptación de los lenguajes enfermeros al mundo árabe

Hanan Mustafa Abbad

Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos

Dr. José Luis Cobos Serrano

Mayo 2018

Dirección de Correo electrónico: [hananm77@hotmail.com](mailto:hananm77@hotmail.com) / [h.mustafa@ucm.es](mailto:h.mustafa@ucm.es)

Estimado/a participante,

Como bien saben, lanzábamos un cuestionario en febrero 2018 que formaba parte del trabajo de investigación titulado: La adaptación de los lenguajes enfermeros al mundo árabe; dicha investigación tiene como objetivo proponer una versión de los lenguajes enfermeros adaptada a las necesidades de los pacientes y el personal de enfermería en el mundo árabe.

Su agradecida participación en la primera ronda nos ha permitido sacar unos resultados interesantes que formarán la base de esta investigación.

Como se ha informado en el primer cuestionario, el método Delphi utilizada en la investigación consta de dos rondas de cuestionarios.

La primera ronda ha sido cerrada con 76 participantes, y esta es la segunda ronda por la cual le informamos de los resultados de la primera ronda y buscamos una segunda evaluación de algunas de las preguntas de la primera ronda.

La información es de carácter confidencial y reservado; ya que los resultados serán manejados solo para la investigación.

Agradezco anticipadamente su valiosa colaboración

## Datos del participante:

### Resultados de la primera ronda

País	No de participantes	Porcentaje
Arabia Saudita	4	5,26%
Egipto	2	2,63%
Emiratos Árabes Unidos	2	2,63%
Irak	1	1,32%
Jordania	19	25,00%
Líbano	8	10,53%
Palestina	39	51,32%
Qatar	1	1,32%

Edad	No de participantes	Porcentaje
21-30	31	40,79%
31-40	23	30,26%
41-50	7	9,21%
51-6	11	14,47%
Mas de 60	4	5,26%

Sexo	No de participantes	Porcentaje
Mujer	56	73,68%
Hombre	20	26,32%

Años de experiencia	No de participantes	Porcentaje
Menos de 1 año	1	1,32%
1-5	25	32,89%
6-10	16	21,05%
11-15	6	7,89%
16-20	8	10,53%
Más de 20	20	26,32%

Lugar de trabajo actual	No de participantes	Porcentaje
Hospital	39	51,32%
Universidad	31	40,79%
Atención primaria	3	3,95%
Centro de investigación	0	0,00%
Otro	10	13,16%
Colegio	1	
ONG	3	
Instituto	1	
Estudiante	4	
Urgencias	1	

Ámbito de trabajo	No de participantes	Porcentaje
Asistencial	41	53,95%
Docente/educación	34	44,74%
Gestión /dirección	7	9,21%
Investigación	11	14,47%
Otro	4	5,26%
Estudiante	3	
Urgencias	1	

**Por favor indica su correo electrónico (obligatorio)**

(Esta información es necesaria para informarle del resultado final y para vincular su primer cuestionario con el segundo)

**Por favor indica su nombre (electivo)**

(Contesta esta pregunta si desea darnos su consentimiento para mencionar su nombre en la tesis para agradecerle su participación)

**Los lenguajes enfermeros**

**1- Utilizamos los lenguajes enfermeros como herramienta para aplicar el proceso de enfermería**

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
Muy frecuentemente	36	47,37%
Frecuentemente	16	21,05%
Ocasionalmente	11	14,47%
Raramente	1	1,32%
Nunca	12	15,79%

**Elija la casilla que más se ajusta a su opinión sobre la pregunta anterior**

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente

☐ Raramente

☐ Nunca

**2- El lenguaje enfermero utilizado en mi lugar de trabajo es**

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>NANDA-NIC-NOC</b>	59	77,63%
<b>ATIC</b>	0	0,00%
<b>CIPE</b>	3	3,95%
<b>Ninguno</b>	13	17,11%
<b>Otro</b>	1	1,32%
Modelo de cuidado humanista de la Universidad de Montreal	1	

**Elija la casilla que más se ajusta a su opinión sobre la pregunta anterior y defina su respuesta en el caso de elegir la opción “Otro”:**

☐ NANDA-NIC-NOC

☐ ATIC

☐ CIPE

☐ Otro: .....

☐ En mi lugar de trabajo no utilizamos ninguna calificación de lenguaje enfermero

**3- El lenguaje enfermero utilizado en mi lugar de trabajo es comprensible y fácil de aplicar**

(Comprendo perfectamente el contenido de esta lenguaje, y me resulta fácil relacionarla con mis actividades de enfermería)

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	18	23,68%
<b>De acuerdo</b>	34	44,74%
<b>Indiferente</b>	18	23,68%
<b>En desacuerdo</b>	2	2,63%

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	4	5,26%
---------------------------------	---	-------

**Elija la casilla que más se ajusta a su opinión sobre la pregunta anterior**

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Indiferente
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

**4- El lenguaje enfermeros utilizada en mi lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes**

(Tiene en consideración las necesidades especial relacionadas con la cultura árabe; rituales, valores, conceptos y perspectivas de la salud y enfermedad)

**El resultado de la primera ronda**

	<b>No de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	9	11,84%
<b>De acuerdo</b>	28	36,84%
<b>Indiferente</b>	25	32,89%
<b>En desacuerdo</b>	10	13,16%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	4	5,26%

**Elija la casilla que más se ajusta a su opinión sobre la pregunta anterior**

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Indiferente
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

**5- Un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería**

(Una versión de los lenguajes enfermeros que tenga en consideración las necesidades culturales del paciente árabe)

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	36	47,37%
<b>De acuerdo</b>	32	42,11%
<b>Indiferente</b>	6	7,89%
<b>En desacuerdo</b>	0	0,00%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	2	2,63%

**6- Una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación**

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	25	32,89%
<b>De acuerdo</b>	31	40,79%
<b>Indiferente</b>	11	14,47%
<b>En desacuerdo</b>	7	9,21%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	2	2,63%

**Idioma de comunicación y documentación**

**1- El idioma de comunicación con el paciente en mi lugar de trabajo es el árabe**

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Siempre</b>	40	52,63%
<b>Casi siempre</b>	32	42,11%
<b>Ocasionalmente</b>	4	5,26%
<b>Ocasionalmente</b>	0	0,00%
<b>Nunca</b>	0	0,00%

**8- El idioma utilizado en el registro de enfermería es**



### El resultado de la primera ronda

	No de participantes	Porcentaje
El árabe	2	2,63%
El inglés	69	90,79%
El francés	2	2,63%
Otro	3	3,95%
Árabe e inglés	2	
Hebreo	1	

### 9- El principal idioma de los estudios en las facultades de enfermería en mi país es:

#### El resultado de la primera ronda

	No de participantes	Porcentaje
El árabe	1	1,32%
El inglés	70	92,11%
El francés	1	1,32%
Otro	4	5,26%
Inglés e árabe	3	
Inglés y francés	1	

### 10- El nivel del segundo idioma (inglés, francés, ...) de los enfermeros es:

#### El resultado de la primera ronda

	No de participantes	Porcentaje
Muy Alto	10	13,16%
Alto	23	30,26%
Regular	33	43,42%
Bajo	8	10,53%
Muy Bajo	2	2,63%

### 11- El uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería

(tratando con un paciente de habla árabe, el uso del inglés o el francés para los términos médicos y en los registros puede causar problemas de entendimiento y documentación impreciso)

### **El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	17	22,37%
<b>De acuerdo</b>	28	36,84%
<b>Indiferente</b>	16	21,05%
<b>En desacuerdo</b>	12	15,79%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	3	3,95%

**Elija la casilla que más se ajusta a su opinión sobre la pregunta anterior**

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Indiferente
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

### **El registro de enfermería**

**3- El registro de enfermería en mi lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as**

(Me permite registrar todas las actividades de enfermería)

### **El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	15	19,74%
<b>De acuerdo</b>	36	47,37%
<b>Indiferente</b>	12	15,79%
<b>En desacuerdo</b>	12	15,79%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	1,32%

**Elija la casilla que más se ajusta a su opinión sobre la pregunta anterior**

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Indiferente

☐ En desacuerdo

☐ Totalmente en desacuerdo

**4- El registro de enfermería en mi lugar de trabajo es:**

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Manual</b>	33	43,42%
<b>Computarizado</b>	53	69,74%
<b>Otro</b>	0	0,00%

**6- El registro de enfermería en mi lugar de trabajo es fácil de manejar**

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	15	19,74%
<b>De acuerdo</b>	41	53,95%
<b>Indiferente</b>	13	17,11%
<b>En desacuerdo</b>	7	9,21%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	0	0,00%

**7- El registro de enfermería en mi país se considera una prueba válida en un juicio**

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	29	38,16%
<b>De acuerdo</b>	27	35,53%
<b>Indiferente</b>	16	21,05%
<b>En desacuerdo</b>	3	3,95%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	1,32%

## Los diagnósticos de enfermería

4- La traducción correcta de “sufrimiento espiritual” al árabe es:

### El resultado de la primera ronda

	No de participantes	Porcentaje
Al-Moanat Al-Rawheyah	71	93,42%
Al-Moanat Al-Nafseyah	3	3,95%
Otra	2	2,63%
Espiritualidad	1	
el sufrimiento relacionado con la espiritualidad	1	

5- La traducción correcta de “duelo” al árabe es:

### El resultado de la primera ronda

	No de participantes	Porcentaje
Al-Hozon	43	56,58%
Al-Hotam	11	14,47%
Al-Asaa	3	3,95%
Al-Wala	1	1,32%
Al-Mosab	0	0,00%
Al-Fajea	17	22,37%
Otra	1	1,32%
Luto	1	

Elija la casilla que más se ajusta a su opinión sobre la pregunta anterior y defina su respuesta en el caso de elegir la opción “Otro”:

☐ Al-Hozon

☐ Al-Hotam

☐ Al-Asaa

☐ Al-Wala

☐ Al-Mosab

☐ Al-Fajea

☐ Otra:.....

**La traducción correcta de “desesperanza” al árabe es:**

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
Fogdan elamal	47	61,84%
Wlya2s	29	38,16%
Otra	0	0,00%

#### **4- Esta definición de la desesperanza es correcta y completa**

“La persona presenta una insuficiencia de los mecanismos de afrontamiento que expresa una postura de rendición, con depreciación del auto-concepto, inhibición emocional, pasividad y ruptura de la continuidad temporal hacia el futuro”.

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	14,47%	11
<b>De acuerdo</b>	67,11%	51
<b>Indiferente</b>	7,89%	6
<b>En desacuerdo</b>	10,53%	8
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	0,00%	0

#### **5- Esta definición del duelo es correcta y completa**

“La persona experimenta un conjunto de respuestas físicas, psico-emocionales, sociales y espirituales, de adaptación frente a una pérdida”

**El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	13	17,11%
<b>De acuerdo</b>	37	48,68%
<b>Indiferente</b>	13	17,11%
<b>En desacuerdo</b>	12	15,79%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	1,32%

**Elija la casilla que más se ajusta a su opinión sobre la pregunta anterior**

☐ Totalmente de acuerdo

- ☐ De acuerdo
- ☐ Indiferente
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

#### **6- Esta definición del sufrimiento espiritual es correcta y completa**

“La persona experimenta un padecimiento angustioso, intenso y doloroso, vinculado a la incapacidad para encontrar, mantener o recuperar el equilibrio interno que le permite cuestionar el sentido de la propia existencia o de la situación que está viviendo, y fomenta su relación con lo que es trascendental”.

#### **El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	11	14,47%
<b>De acuerdo</b>	50	65,79%
<b>Indiferente</b>	8	10,53%
<b>En desacuerdo</b>	6	7,89%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	1,32%

#### **12- Elija todas las intervenciones/actividades de enfermería que en su opinión son esenciales para el cuidado de un paciente con duelo y/o desesperanza**

#### **El resultado de la primera ronda**

	No de participantes	Porcentaje
Admission care	28	36,84%
Active listening	66	86,84%
Emotional debriefing	47	61,84%
Health education: Medication	23	30,26%
Health education: complications	20	26,32%
Prevention	24	31,58%
Caregiver: involvement	36	47,37%
Health education: disease process	26	34,21%
Health education: diet	17	22,37%
Health education: simple technique	18	23,68%
Family: active listening	51	67,11%
Health education: adaptation strategies	37	48,68%
Counseling	46	60,53%

Emotional stabilization	45	59,21%
Self-esteem: maintenance	51	67,11%
Health education: complex technique	14	18,42%
Health education: symptoms control	21	27,63%
Family: emotional debriefing	33	43,42%
Distraction	22	28,95%
Family Bond: strengthen	43	56,58%
Non-verbal communication: promote	23	30,26%
Cognitive restructuring	28	36,84%
Parental-child bonds: strengthen	28	36,84%
Health education: anxiety control techniques	37	48,68%
Coping disease progress: support	28	36,84%
Communication: adaptation	27	35,53%
Sensomotor stimulation	15	19,74%
Family coping to death: support	38	50,00%
Reorientation	27	35,53%
Aggressiveness: prevention	23	30,26%
Therapeutic walk	20	26,32%
Coping body image changes: support	16	21,05%
Relaxation: induce	40	52,63%
Suicide prevention	48	63,16%
Regressive behavior: redirect	25	32,89%
Therapeutic alliance	28	36,84%
Kangaroo care	5	6,58%
De-escalation technique	12	15,79%
Aggressiveness: management	14	18,42%
Play therapy	20	26,32%
Family coping disease progress: support	26	34,21%
Group therapy	32	42,11%
Therapeutic interview	27	35,53%
Phonatory reconditioning	13	17,11%
Sensory rest	32	42,11%
Conflict: mediate	8	10,53%
Health education: self-control techniques	23	30,26%
Simple massage	23	30,26%
Coping disease diagnosis: support	20	26,32%
Dependent behavior: redirect	15	19,74%
Sensory stimulation	13	17,11%
Phonatory test	6	7,89%
Family conflict: mediate	10	13,16%
Organic liquid self-sampling: instruct	4	5,26%
Defensive behavior: redirect	14	18,42%
Family coping to disease diagnosis: support	22	28,95%
Music therapy	28	36,84%
Cobedding: promote	4	5,26%
Literature therapy	15	19,74%
Infant massage	7	9,21%
Grief: support	34	44,74%

Psychoemotional monitoring	38	50,00%
Motor simulation	14	18,42%
Regain self esteem	50	65,79%
<b>Other</b>	3	3,95%

Le pediremos su opinión nuevamente en las intervenciones para un paciente que sufre de aflicción y / o desesperanza.

Puede ver al lado de la intervención / acción los resultados de la primera ronda.

Elija en una escala del 1 al 5 hasta qué grado considera que esta intervención / acción de enfermería es esencial

5 = Indispensable, esencial

4 = importante

3 = No estoy seguro

2: no importante

0 = Dispensable, no esencial

**13- Elija todas las intervenciones/actividades que en su opinión son esenciales para el cuidado de un paciente con sufrimiento espiritual**

**El resultado de la primera ronda**

	No de participant es	Porcentaje
Admission care	23	30,26%
Active listening	57	75,00%
Emotional debriefing	51	67,11%
Health education: complications	20	26,32%
Caregiver: involvement	28	36,84%
Health education: disease process	21	27,63%
Health education: diet	18	23,68%
Health education: simple technique	15	19,74%
Family: active listening	50	65,79%
Health education: adaptation strategies	34	44,74%
Counseling	46	60,53%
Emotional stabilization	46	60,53%
Self-esteem: maintenance	46	60,53%
Health education: complex technique	11	14,47%
Health education: symptoms control	14	18,42%
Family: emotional debriefing	35	46,05%
Distraction	21	27,63%



<b>Family Bond: strengthen</b>	33	43,42%
<b>Non-verbal communication: promote</b>	16	21,05%
<b>Cognitive restructuring</b>	34	44,74%
<b>Parental-child bonds: strengthen</b>	20	26,32%
<b>Health education: anxiety control techniques</b>	21	27,63%
<b>Coping disease progress: support</b>	16	21,05%
<b>Communication: adaptation</b>	25	32,89%
<b>Sensomotor stimulation</b>	16	21,05%
<b>Family coping to death: support</b>	16	21,05%
<b>Reorientation</b>	22	28,95%
<b>Aggressiveness: prevention</b>	14	18,42%
<b>Therapeutic walk</b>	15	19,74%
<b>Coping body image changes: support</b>	13	17,11%
<b>Relaxation: induce</b>	36	47,37%
<b>Suicide prevention</b>	30	39,47%
<b>Regressive behavior: redirect</b>	13	17,11%
<b>Therapeutic alliance</b>	19	25,00%
<b>De-escalation technique</b>	8	10,53%
<b>Aggressiveness: management</b>	11	14,47%
<b>Play therapy</b>	10	13,16%
<b>Family coping disease progress: support</b>	16	21,05%
<b>Group therapy</b>	27	35,53%
<b>Therapeutic interview</b>	27	35,53%
<b>Sensory rest</b>	27	35,53%
<b>Conflict: mediate</b>	13	17,11%
<b>Health education: self-control techniques</b>	19	25,00%
<b>Simple massage</b>	16	21,05%
<b>Coping disease diagnosis: support</b>	12	15,79%
<b>Dependent behavior: redirect</b>	11	14,47%
<b>Sensory stimulation</b>	15	19,74%
<b>Family conflict: mediate</b>	10	13,16%
<b>Defensive behavior: redirect</b>	8	10,53%
<b>Family coping to disease diagnosis: support</b>	12	15,79%
<b>Music therapy</b>	24	31,58%
<b>Cobedding: promote</b>	6	7,89%
<b>Literature therapy</b>	17	22,37%
<b>Meditation</b>	37	48,68%
<b>Soul/Mental revitalization</b>	38	50,00%
<b>Spiritual rebalancing</b>	33	43,42%
<b>Generating Hope</b>	37	48,68%
<b>Soul/Mental revitalization</b>	29	38,16%
<b>Prayer</b>	40	52,63%
<b>Reflexive/thoughtful stories</b>	25	32,89%
<b>Transcendental reflection</b>	20	26,32%
<b>Reflection of gratitude</b>	17	22,37%
<b>Dignification</b>	17	22,37%
<b>Support spiritual wellness</b>	35	46,05%
<b>Evaluation of spiritual strengthen</b>	28	36,84%
<b>Appease spiritual discomfort</b>	26	34,21%

<b>Explore spiritual meaning/signification of suffering</b>	20	26,32%
<b>Stimulate own courage</b>	20	26,32%
<b>Conduct the transcendental questions or doubts</b>	17	22,37%
<b>Behavior activation</b>	11	14,47%
<b>Maintain self-esteem</b>	19	25,00%
<b>Cultural conciliation</b>	17	22,37%
<b>Positive deviation</b>	11	14,47%
<b>Emotional nurturing</b>	26	34,21%
<b>Accelerated emotional resolution therapy</b>	17	22,37%
<b>Grief: support</b>	20	26,32%
<b>Psychoemotional monitoring</b>	18	23,68%
<b>Resilience exercises</b>	18	23,68%
<b>Psychic/mental stabilization</b>	23	30,26%
<b>Support coping</b>	24	31,58%
<b>Positive confrontation</b>	26	34,21%
<b>Motor stimulation</b>	9	11,84%
<b>Regain self esteem</b>	25	32,89%
<b>Other</b>	4	5,26%

Le pediremos su opinión nuevamente en las intervenciones para un paciente que sufre de aflicción y / o desesperanza.

Puede ver al lado de la intervención / acción los resultados de la primera ronda.

Elija en una escala del 1 al 5 hasta qué grado considera que esta intervención / acción de enfermería es esencial

5 = Indispensable, esencial

4 = importante

3 = No estoy seguro

2: no importante

0 = Dispensable, no esencial

**Le informaremos del resultado de este cuestionario dentro de 4-6 semanas, y**

**Muchas gracias por su participación.**

**Hanan Mustafa Abbad**

**Anexo (15):** Carta de invitación para participar en la 2ª ronda del cuestionario

Dear participant,

My name is Hanan Mustafa, I contacted you on the end of February to request your participation in my doctoral research project entitled "The adaptation of nursing languages to the Arab World".

I would like to thank you for your participation and the time spent filling out the questionnaire; your opinion has been of great value to our research.

As you well know, the February questionnaire was the first round of two planned; we have analyzed the results and proceed with the second round.

We have prepared the second questionnaire that also contains the results of the first round.

We contact you again to inform you of the results and request your collaboration in the second round.

We will ask you to answer again only 9 questions of the 31 that formed the first round. The second round adds value to the results of the first round and will be vital for the development of this research work.

Your opinion is very important, given the fact that the second questionnaire will be sent exclusively to the participants of the first round.

The questionnaire of the second round is accessible through this link:

<https://es.surveymonkey.com/r/727PSN3>

If you wish to have a copy of your first-round questionnaire, send us an email and we will send it to you. We thank you in advance for your participation.

Thank you very much

Kind regards

## CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA

المؤتمر العالمي للتمريض

ATIC / NANDA

DUELO  
الأسى

SUFRIMIENTO  
ESPIRITUAL  
المعاناة الروحية

DESESPERANZA  
اليأس



Idioma árabe en el mundo

- No hablan árabe
- Hablan árabe no materno
- Hablan árabe materno
- No hablan árabe



CIE  
Barcelona 2017  
برشلونة 2017

### Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología  
Estudios de doctorado 2015-2018

#### Adaptación de los lenguajes enfermeros al mundo árabe

أقلمة اللغات التمريضية على العالم العربي

**Un estudio cualitativo interpretativo exploratorio transversal con opinión de expertos a través de grupos de expertos y del método Delphi**

بحث نوعي تفسيري إستطلاعي مستعرض مبني على آراء الخبراء من خلال مجموعات النقاش وطريقة ديلفي

**Pretendemos proponer una versión de los lenguajes enfermeros adaptada a las necesidades de los pacientes y el personal de enfermería en el mundo árabe**

نعتزم إقتراح نسخة من اللغات التمريضية معدلة لتتأقلم مع إحتياجات المرضى و الممرضين في العالم العربي

**Creemos que será de gran importancia investigar las ventajas y desventajas del uso de un idioma no materno en los registros de enfermería**

نعتقد أن من المهم البحث في الآثار الإيجابية و السلبية المحتملة لإستخدام لغة غير اللغة الأم في السجلات التمريضية

**Esperamos desarrollar una herramienta que facilite el correcto, preciso y unificado registro de enfermería en el mundo árabe**

نبغتي تطوير أداة تسهل وجود سجل تمريضي صحيح و دقيق و موحد

**El panel de expertos estará formado por enfermeros /as nativos de países árabes de oriente medio**  
(Jordania, Palestina, El Líbano, Siria, Irak, Egipto, Omán, Yemen, Kuwait, Qatar, Los Emiratos Árabes, Bahrein, Arabia Saudi)

مجموعة الخبراء ستألف من ممرضين و ممرضات عرب أصليين من الدول العربية في الشرق الأوسط  
(الأردن، فلسطين، لبنان، سورية، العراق، مصر، عمان، اليمن، الكويت، قطر، الإمارات العربية المتحدة، البحرين، السعودية)



أنا لفتي  
اللغة العربية هي اللغة الأم لـ 6.3% من سكان العالم، ويتحدثها أكثر من 3.32% من سكان العالم

DOCTORANDO: HANAN MUSTAFA ABAAD  
طالبة الدكتوراة : حنان مصطفى عباد

DIRECTOR: DR. JUAN VICENTE BENEIT MONTESINOS  
مشرف على البحث والرسالة: د. خوان فيليني بيبث مونتيسينوس

DIRECTOR: DR. JOSE LUIS COBOS SERRANO  
مشرف على البحث والرسالة: د. خوسيه لويس كوبوس سيررانو

EMAIL: HANANM77@HOTMAIL.COM  
TEL.: 0034640775176



## **15. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS**

---



# ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

## 15.1. Tablas

<b>Tabla (1):</b> Terminologías de enfermería estandarizados	<b>28</b>
<b>Tabla (2):</b> Ratio personal de enfermería/ habitantes en algunos países árabes	<b>38</b>
<b>Tabla (3):</b> Los centros contactados- primer contacto	<b>169</b>
<b>Tabla (4):</b> Lista de los centros con primera cita concertada	<b>170</b>
<b>Tabla (5):</b> Lista de hospitales con una segunda cita concertada	<b>171</b>
<b>Tabla (6):</b> Lista de los hospitales con cita presencial concertada	<b>172</b>
<b>Tabla (7):</b> Lista de los hospitales con cita vía Skype concertada	<b>172</b>
<b>Tabla (8):</b> Categorías y etiquetas detectadas	<b>176</b>
<b>Tabla (9):</b> Intervenciones de enfermería de la ATIC vinculadas al duelo y la desesperanza en la ATIC	<b>228</b>
<b>Tabla (10):</b> Intervenciones de enfermería de la ATIC vinculadas al sufrimiento espiritual	<b>231</b>
<b>Tabla (11):</b> Participación por país	<b>237</b>
<b>Tabla (12):</b> Participación por edad	<b>241</b>
<b>Tabla (13):</b> Participación por género	<b>242</b>
<b>Tabla (14):</b> Participación por años de experiencia	<b>245</b>
<b>Tabla (15):</b> Participación por lugar de trabajo	<b>246</b>
<b>Tabla (16):</b> Participación por ámbito de trabajo	<b>250</b>
<b>Tabla (17):</b> Frecuencia de uso de los lenguajes enfermeros	<b>251</b>
<b>Tabla (18):</b> El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada país	<b>252</b>
<b>Tabla (19):</b> El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada franja de edad	<b>254</b>



<b>Tabla (20):</b> El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada género	<b>255</b>
<b>Tabla (21):</b> El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada franja de años de experiencia	<b>256</b>
<b>Tabla (22):</b> El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada lugar de trabajo	<b>257</b>
<b>Tabla (23):</b> El porcentaje de los participantes que utilizan los lenguajes enfermeros “siempre” o “casi siempre” del total de cada ámbito de trabajo	<b>259</b>
<b>Tabla (24):</b> Los lenguajes enfermeros utilizados	<b>263</b>
<b>Tabla (25):</b> Porcentaje de confirmación del uso del NNN del total de los participantes de cada País	<b>264</b>
<b>Tabla (26):</b> Porcentaje de uso del NNN del total de cada franja de edad	<b>264</b>
<b>Tabla (27):</b> Porcentaje de uso del NNN del total de cada género	<b>264</b>
<b>Tabla (28):</b> Porcentaje de uso del NNN del total de cada franja de años de experiencia	<b>265</b>
<b>Tabla (29):</b> Porcentaje de uso del NNN del total de cada lugar de trabajo	<b>265</b>
<b>Tabla (30):</b> Porcentaje de uso del NNN del total de cada ámbito de trabajo	<b>266</b>
<b>Tabla (31):</b> Acuerdo sobre si el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar	<b>267</b>
<b>Tabla (32):</b> Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada país	<b>268</b>
<b>Tabla (33):</b> Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada franja de edad	<b>269</b>
<b>Tabla (34):</b> Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada género	<b>270</b>

<b>Tabla (35):</b> Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada franja de años de experiencia	<b>271</b>
<b>Tabla (36):</b> Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada lugar de trabajo	<b>272</b>
<b>Tabla (37):</b> Porcentaje de confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar del total de cada ámbito de trabajo	<b>274</b>
<b>Tabla (38):</b> Opiniones sobre si el lenguaje enfermero en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales del paciente árabe	<b>276</b>
<b>Tabla (39):</b> Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada País	<b>277</b>
<b>Tabla (40):</b> Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada franja de edad	<b>279</b>
<b>Tabla (41):</b> Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada género	<b>280</b>
<b>Tabla (42):</b> Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada franja de años de experiencia	<b>281</b>
<b>Tabla (43):</b> Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada lugar de trabajo	<b>282</b>
<b>Tabla (44):</b> Porcentaje de acuerdo con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes del total de los participantes de cada ámbito de trabajo	<b>284</b>
<b>Tabla (45):</b> Confirmación de que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería	<b>285</b>

<b>Tabla (46):</b> Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada país	<b>386</b>
<b>Tabla (47):</b> Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada franja de edad	<b>287</b>
<b>Tabla (48):</b> Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada género	<b>288</b>
<b>Tabla (49):</b> Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada franja de años de experiencia	<b>289</b>
<b>Tabla (50):</b> Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada lugar de trabajo	<b>290</b>
<b>Tabla (51):</b> Porcentaje de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) del total de cada ámbito de trabajo	<b>292</b>
<b>Tabla (52):</b> Porcentaje de acuerdo con que una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación	<b>293</b>
<b>Tabla (53):</b> Porcentaje de acuerdo con que una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación del total de cada país	<b>294</b>
<b>Tabla (54):</b> Porcentaje de acuerdo con que una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación del total de cada franja de edad	<b>295</b>
<b>Tabla (55):</b> Porcentaje de acuerdo con que una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación del total de cada género	<b>296</b>

<b>Tabla (56):</b> Frecuencia de uso del árabe como idioma de comunicación con el paciente	<b>297</b>
<b>Tabla (57):</b> Idiomas de los registros de enfermería	<b>298</b>
<b>Tabla (58):</b> Idiomas de los estudios de enfermería	<b>299</b>
<b>Tabla (59):</b> Nivel de segundo idioma de los/as enfermeros/as	<b>299</b>
<b>Tabla (60):</b> Opiniones sobre el nivel del segundo idioma por país	<b>300</b>
<b>Tabla (61):</b> Opiniones sobre el nivel del segundo idioma por franja de edad	<b>301</b>
<b>Tabla (62):</b> Opiniones sobre el nivel del segundo idioma por cada franja de años de experiencia	<b>301</b>
<b>Tabla (63):</b> Opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería	<b>303</b>
<b>Tabla (64):</b> Opiniones sobre si el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as	<b>309</b>
<b>Tabla (65):</b> Tipo de registros de enfermería utilizados	<b>318</b>
<b>Tabla (66):</b> Opiniones sobre si el registro de enfermería en su lugar de trabajo es fácil de manejar	<b>320</b>
<b>Tabla (67):</b> Confirmación de la validez de los registros de enfermería en un juicio	<b>326</b>
<b>Tabla (68):</b> Opiniones sobre la traducción de “sufrimiento espiritual”	<b>326</b>
<b>Tabla (69):</b> Opiniones sobre la traducción de “sufrimiento espiritual”	<b>327</b>
<b>Tabla (70):</b> Opiniones sobre la traducción de “desesperanza”	<b>328</b>
<b>Tabla (71):</b> Evaluación de la definición de la desesperanza de la ATIC	<b>328</b>
<b>Tabla (72):</b> Evaluación de la definición del duelo de la ATIC	<b>329</b>
<b>Tabla (73):</b> Evaluación de la definición del sufrimiento espiritual de la ATIC	<b>329</b>
<b>Tabla (74):</b> Evaluación de la importancia de las intervenciones de la ATIC vinculadas al duelo y la desesperanza	<b>333</b>

**Tabla (75):** Evaluación de la importancia de las intervenciones de la ATIC      **336**  
vinculadas al sufrimiento espiritual

## **15.2. Figuras**

<b>Figura (1):</b> Mapa del mundo árabe	<b>55</b>
<b>Figura (2):</b> Modelo de cuidado “ <i>Crescent Care</i> ” de Sandra Lovering,	<b>73</b>
<b>Figura (3):</b> Sistema de codificación de las entrevistas	<b>175</b>
<b>Figura (4):</b> Número de cuestionarios recibidos en ambas rondas	<b>213</b>
<b>Figura (5):</b> Ratio de abandono de los participantes de la 1ª ronda en la 2ª ronda	<b>213</b>
<b>Figura (6):</b> Participación en los cuestionarios por país	<b>214</b>
<b>Figura (7):</b> Participación en los cuestionarios por edad	<b>215</b>
<b>Figura (8):</b> Participación en los cuestionarios por género	<b>215</b>
<b>Figura (9):</b> Participación en los cuestionarios por años de experiencia	<b>216</b>
<b>Figura (10):</b> Participación en los cuestionarios por lugar de trabajo	<b>216</b>
<b>Figura (11):</b> Participación en los cuestionarios por ámbito de trabajo	<b>217</b>
<b>Figura (12):</b> El uso de los lenguajes enfermeros en el proceso de enfermería	<b>217</b>
<b>Figura (13):</b> Tipo de lenguajes enfermeros utilizados	<b>218</b>
<b>Figura (14):</b> Opiniones sobre si el lenguaje utilizado es comprensible y fácil de aplicar	<b>218</b>
<b>Figura (15):</b> Opiniones sobre si el lenguaje enfermero utilizado se ajusta a las necesidades del paciente árabe.	<b>219</b>
<b>Figura (16):</b> Opiniones sobre si un lenguaje enfermero adaptado el mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado	<b>219</b>
<b>Figura (17):</b> Opiniones sobre si una versión de los lenguajes enfermeros mejoraría la comprensión y facilitaría su aplicación	<b>220</b>
<b>Figura (18):</b> Idioma de comunicación con los pacientes	<b>220</b>
<b>Figura (19):</b> Idioma de los registros de enfermería	<b>221</b>

<b>Figura (20):</b> Idioma de los estudios en las facultades de enfermería	<b>221</b>
<b>Figura (21):</b> Nivel del segundo idioma de los enfermeros/as	<b>222</b>
<b>Figura (22):</b> Opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación y la documentación	<b>222</b>
<b>Figura (23):</b> Opiniones sobre si los registros de enfermería reflejan la realidad asistencial diaria.	<b>223</b>
<b>Figura (24):</b> Tipos de los registros de enfermería	<b>223</b>
<b>Figura (25):</b> opiniones sobre si el registro de enfermería es fácil de manejar	<b>224</b>
<b>Figura (26):</b> Validez del registro de enfermería en un juicio	<b>224</b>
<b>Figura (27):</b> Traducción de “sufrimiento espiritual”	<b>225</b>
<b>Figura (28):</b> Traducción de “duelo”	<b>225</b>
<b>Figura (29):</b> Traducción de “desesperanza”	<b>226</b>
<b>Figura (30):</b> Opiniones sobre la definición de la desesperanza de la ATIC	<b>226</b>
<b>Figura (31):</b> Opiniones sobre la definición del duelo de la ATIC	<b>227</b>
<b>Figura (32):</b> Opiniones sobre la definición del sufrimiento espiritual de la ATIC	<b>227</b>
<b>Figura (33):</b> Ratio de abandono en la 2ª ronda por país	<b>237</b>
<b>Figura (34):</b> Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por país	<b>252</b>
<b>Figura (35):</b> Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por franja de edad	<b>253</b>
<b>Figura (36):</b> Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por género	<b>254</b>
<b>Figura (37):</b> Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por años de experiencia	<b>255</b>

<b>Figura (38):</b> Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por lugar de trabajo	<b>257</b>
<b>Figura (39):</b> Uso “siempre” o “casi siempre” de los lenguajes enfermeros por ámbito de trabajo	<b>258</b>
<b>Figura (40):</b> Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por País	<b>267</b>
<b>Figura (41):</b> Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por franja de edad	<b>269</b>
<b>Figura (42):</b> Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por género	<b>270</b>
<b>Figura (43):</b> Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por años de experiencia	<b>271</b>
<b>Figura (44):</b> Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por lugar de trabajo	<b>272</b>
<b>Figura (45):</b> Confirmación de que el lenguaje enfermero utilizado es comprensible y fácil de aplicar por ámbito de trabajo	<b>273</b>
<b>Figura (46):</b> Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por país	<b>277</b>
<b>Figura (47):</b> Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por franja de edad	<b>278</b>
<b>Figura (48):</b> Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por género	<b>279</b>



<b>Figura (49):</b> Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por años de experiencia	<b>280</b>
<b>Figura (50):</b> Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por lugar de trabajo	<b>281</b>
<b>Figura (51):</b> Número de participantes que estaban (“de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que el lenguaje enfermeros utilizada en su lugar de trabajo se ajusta a las necesidades culturales de los pacientes árabes) por ámbito de trabajo	<b>283</b>
<b>Figura (52):</b> Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por país	<b>286</b>
<b>Figura (53):</b> Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por edad	<b>287</b>
<b>Figura (54):</b> Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por género	<b>288</b>
<b>Figura (55):</b> Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por años de experiencia	<b>289</b>
<b>Figura (56):</b> Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por lugar de trabajo	<b>290</b>
<b>Figura (57):</b> Número de participantes que (confirmaron que un lenguaje enfermero adaptado al mundo árabe mejoraría la calidad del cuidado de enfermería) por ámbito de trabajo	<b>291</b>

<b>Figura (58):</b> Número de participantes que (una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación) por país	<b>294</b>
<b>Figura (59):</b> Número de participantes que (una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación) por edad	<b>295</b>
<b>Figura (60):</b> Número de participantes que (una copia de un lenguaje enfermero en árabe mejoraría la comprensión de los lenguajes y facilitaría su aplicación) por género	<b>296</b>
<b>La figura (61):</b> Porcentaje de cada valoración del nivel del segundo idioma del los/as enfermeros/as del total de cada franja de edad	<b>301</b>
<b>Figura (62):</b> Porcentaje de cada valoración del nivel del segundo idioma del los/as enfermeros/as del total de cada franja de años de experiencia	<b>302</b>
<b>Figura (63):</b> Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada país en la 1ª ronda	<b>304</b>
<b>Figura (64):</b> Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada país en la 2ª ronda	<b>305</b>
<b>Figura (65):</b> Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada franja de edad en la 1ª ronda	<b>305</b>
<b>Figura (66):</b> Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada franja de edad en la 2ª ronda	<b>306</b>
<b>Figura (67):</b> Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada franja de años de experiencia en la 1ª ronda	<b>306</b>

<b>Figura (68):</b> Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada franja de años de experiencia en la 2ª ronda	<b>307</b>
<b>Figura (69):</b> Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada lugar de trabajo en la 1ª ronda	<b>308</b>
<b>Figura (70):</b> Porcentaje de opiniones sobre si el uso de un idioma no materno genera lagunas en la comunicación con los pacientes y en los registros de enfermería del total de cada lugar de trabajo en la 2ª ronda	<b>308</b>
<b>Figura (71):</b> Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada país en la 1ª ronda	<b>314</b>
<b>Figura (72):</b> Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada país en la 2ª ronda	<b>314</b>
<b>Figura (73):</b> Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada franja de edad en la 1ª ronda	<b>315</b>
<b>Figura (74):</b> Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada franja de edad en la 2ª ronda	<b>315</b>
<b>La figura (75):</b> Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada franja de años de experiencia la 1ª ronda	<b>316</b>
<b>La figura (76):</b> Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada franja de años de experiencia la 2ª ronda	<b>316</b>

<b>La figura (77):</b> Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada lugar de trabajo en la 1ª ronda	<b>317</b>
<b>La figura (78):</b> Porcentaje de confirmación de que el registro de enfermería en su lugar de trabajo refleja completamente la realidad asistencial diaria de los/las enfermeros/as del total de cada lugar de trabajo en la 2ª ronda	<b>318</b>
<b>Figura (79):</b> Porcentaje de cada tipo de registros del total de cada país	<b>319</b>
<b>Figura (80):</b> Porcentaje de cada tipo de registros del total de cada lugar de trabajo	<b>319</b>
<b>Figura (81):</b> Correlación de facilidad de uso de los registros con el tipo de los registros	<b>321</b>
<b>Figura (82):</b> Correlación de la facilidad de uso de los registros con el país	<b>321</b>
<b>Figura (83):</b> Correlación de la facilidad de uso de los registros con la edad	<b>322</b>
<b>Figura (84):</b> Perfil de los participantes que tenían entre 51-60 años y confirmaron el manejo fácil de los registros	<b>323</b>
<b>Figura (85):</b> Correlación de la facilidad de uso de los registros con el género	<b>323</b>
<b>Figura (86):</b> Correlación de la facilidad de uso de los registros con los años de experiencia	<b>324</b>
<b>Figura (87):</b> Perfil de participantes que tenían entre 11 y 15 años de experiencia y confirmaron el manejo fácil del registro	<b>325</b>
<b>Figura (88):</b> Perfil de los participantes que tenían más de 20 años de experiencia y confirmaron el manejo fácil del registro	<b>325</b>



**Es el sueño que parece a un sueño que se ha cumplido**

**Los finales son la mujer y la idea si se separan**

**Los finales son la idea y la mujer si esperan**

**a las puertas del cuento**

**¿Te llamo el final?**

**¿o te llamo el comienzo?**

**Te llamaré el comienzo**

**Bendita esta nueva mañana**

**Olvidaré las noches.... Todas las noches**

**Caminaré hacia la rosa del vecino**

**Tomaré su camino de alegría**

**Recogeré la fruta de la luz de los arboles que estén de pie para todos**

**Tendré tiempo para escuchar la melodía de la boda en las plumas de  
estas palomas**

**Paz en todo y para todos**

**Paz a los sueños de aquellos que tienen tiempo para leer**

**Y saludos a todos los cansados**

Mahmoud Darwish











UNIVERSIDAD  
**COMPLUTENSE**  
MADRID

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS  
PRESENTADA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTOR**

D./Dña. HANAN MUSTAFA ABBAD  
con número de DNI/NIE/Pasaporte 06630240F, estudiante en el Programa  
de Doctorado CUIDADOS EN SALUD,  
de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de  
Madrid, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y  
titulada:

ADAPTACIÓN DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS A LA CULTURA ÁRABE

y dirigida por: Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos  
Dr. José Luis Cobos Serrano

**DECLARO QUE:**

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita.

Del mismo modo, asumo frente a la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Madrid, a 12 de septiembre de 2019

Fdo.: 

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en  
la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.



جامعة كومبلوتنسي/مدريد  
كلية التمريض والعلاج الطبيعي وعلاج القدم



أقلمة اللغات التمريضية على الثقافة العربية  
مذكرة للحصول على درجة الدكتوراة

مقدمة من قبل  
حنان مصطفى عباد

تحت إشراف الدكاترة  
د. خوان فيثينتي بينيت مونتسينوس  
د. خوسيه لويس كوبوس سيرانو

مدريد ٢٠١٩



جامعة كومبلوتنسي/مدريد  
كلية التمريض والعلاج الطبيعي وعلاج القدم



أقلمة اللغات التمريضية على الثقافة العربية

رسالة دكتوراة

حنان مصطفى عباد

٢٠١٩

الدكاترة المشرفين

د. خوان فيثينتي بينيت مونتسينوس

د. خوسيه لويس كوبوس سيرانو



"أبعدني عن الحكمة التي لا تبكي، الفلسفة التي لا تضحك والعظمة التي لا  
تنحني أمام الأطفال"

جبران خليل جبران





شكر وتقدير

---



## شكر وتقدير

خلال إعداد هذا البحث، ساهم العديد من الأشخاص بشكل مباشر وغير مباشر في إظهاره إلى النور بشكله الحالي.

لكل هؤلاء أود التعبير عن شكري وامتناني الشديدين لدعمهم ووقتهم وجهدهم ومشاركتهم.

من غير جهودهم ما كان من الممكن تطوير هذا العمل وتنفيذه.

الشكر الجزيل للدكاترة الأفاضل الذين أشرفوا على هذه الرسالة، د. خوان فيثينتيه بينيت مونتيسينوس لثقته ودعمه

اللامحدود، و د. خوسيه لويس كوبوس سيرانو راعي هذا البحث، والذي قدم لي بسطاء دعمه ووقته ومعارفه

وموارده في كل خطوة خلال أربع سنوات طوال.

كل الشكر للدكتورة ماريا أولاليا خوفيه لتعاونها المميز.

شكرا جزيلا لكل الممرضين والممرضات العرب الذين شاركونا معارفهم وخبراتهم في المقابلات والاستبيانات.

ملحق (١)

شكر خاص للدكتورة سلام الخطيب لمجهودها الخاص في نشر الاستبيان وحث الممرضين على المشاركة.

كل التقدير لزوجي خايمي لدعمه المستمر ومساعدته اللامحدودة ولمجهوده الخاص في المراجعة الأدبية والنحوية

وتصحيح النص الإسباني.

شكرا لصديقتي سوزانا التي شاركتني شغف المعرفة الذي لا يتوقف ولدعمها وتوافرها الدائمين.

لصديقي باتشي لمساعدته في إدخال البيانات وفي التحليل الإحصائي.

كل الشكر لصديقي خوان مورييو فيلادكز لمساعدتي على رؤية النور في آخر النفق في لحظات الظلمة التي تجتاحك

دون إنذار.

لسيلفيا وروزاليا لحضورهن المبهج والمشجع وتحملهن التقلبات والتأرجحات العقلية والنفسية.

لوالدي وجانيت وأخواتي وعائلاتهن لثقتهم في قدراتي ولمحبتهم ودعمهم غير المشروط.

كل الشكر لمديري الرائع فيكتور فيرنانديز لدعمه وتفهمه اللذان أزالا الكثير من المعوقات، ولزملائي وأصدقائي في

العمل لاهتمامهم وتشجيعهم.

شكر خاص لعمتي فتحية التي غادرت هذه الحياة قبل إنهاء هذه الدراسة بقليل وكنت أود أن تشاركني الفرحة بقطع

خطوة أخرى على الطريق.

وأخيرا كل الامتنان لتلك الأرواح التي عبرت حياتي وأعطتني شرف مرافقتها في أصعب طرقات حياتها وعلمتني  
المعنى الحقيقي للكرامة والصبر والحب والصحة الروحانية. لكل المرضى الذين ودعونا تاركين ورائهم كلماتهم  
الحكيمة وذكريات تجربة ساميه ومميزة لا تنسى.

الفهرس

---



## الفهرس

١. الملخص	١
٢. الملخص بالإنجليزية	٧
٣. الاختصارات	١٣
٤. المقدمة	١٩
١.٤. اللغات التمريضية	٢١
٢.٤. التمريض في الوطن العربي	٣٣
٣.٤. الثقافة العربية	٥١
١.٣.٤. الدين	٥٢
٢.٣.٤. العائلة	٥٤
٣.٣.٤. التواصل	٥٥
٤.٣.٤. عدم المساواة بين الجنسين	٥٦
٥.٣.٤. منظور الصحة والمرض والمعاناة والموت	٥٨
٤.٤. التشخيصات التمريضية المتناولة في البحث	٦٩
١.٤.٤. الأسى	٦٩
٢.٤.٤. المعناة الروحية/الروحانية	٧٦
٣.٤.٤. فقدان الأمل/اليأس	٨٥
٥.٤. أهمية اللغة الأم	٩٥
٦.٤. التوثيق والسجلات التمريضية	١٠٩
٧.٤. النصوص والشؤون القانونية المتعلقة بالقطاع الصحي في الوطن العربي	١١٧
٨.٤. التأهيل الثقافي والأقلمة الثقافية	١٢٧
٥. مبررات البحث	١٣٣
٦. نظرية البحث	١٣٧
٧. أهداف البحث	١٤١



١٤٥	٨. آليات وطرق البحث .....
١٤٧	١.٨ . المرحلة المفاهيمية .....
١٤٩	٢.٨ . المرحلة المنهجية .....
١٥٠	٣.٨ . المرحلة التجريبية .....
١٥٠	١.٣.٨ . جمع البيانات .....
١٥٠	١.١.٣.٨ . المقابلات المتعمقة .....
١٧٤	٢.١.٣.٨ . طريقة ديلفي .....
١٨١	٩. النتائج .....
١٩٦	١٠. التحليل والمناقشة .....
٢٢٠	١١. الاستنتاجات .....
٢٢٢	١٢. التوصيات .....
٢٢٣	١٣. المصادر .....
٢٤٥	١٤. الملاحق .....
٢٧٤	١٥. الجداول والأشكال .....
٢٧٦	١.١٥ . الجداول .....
٢٧٧	٢.١٥ . الأشكال .....

١. ملخص

---



## ملخص

**مقدمة:** تبنت الدول العربية النماذج التعليمية الغربية بسبب الاستعمار البريطاني والفرنسي الذي استمر عدة سنوات، ويتم استخدام هذه النماذج في معظم كليات التمريض. لا يقتصر اعتماد هذه النماذج على نسخ نماذج تنظيم أنظمة التعليم والنظريات التعليمية، بل يشمل أيضًا استخدام الكتب المدرسية والمراجع الببليوغرافية والأدوات ومقاييس التقييم التي تم إنشاؤها في الغرب. ونتيجة لذلك، فإن لغة الدراسة في جميع كليات التمريض تقريبًا هي الإنجليزية أو/ والفرنسية. مثل بقية أدوات التمريض فإن لغات التمريض المعتمدة في العالم العربي هي اللغات الدولية، وبشكل خاص الناندا، نيك ونوك. "ن ن ن".

NANDA, NIC and NOC (NNN)

اللغات التمريضية تعتبر ثورة تركت أثر كبير في تاريخ تطور مهنة التمريض، واستعمالها كأداة لتطوير الخطة التمريضية يعتبر أساسيا لضمان تقديم خدمة تمريضية عالية الجودة. بالإضافة إلى أن الكثير من الأبحاث أجريت في السنوات الماضية لدراسة أهمية إدخالها إلى أنظمة السجلات التمريضية المحوسبة. على الرغم من أهميتها في الممارسة العملية لمهنة التمريض إلا أن اللغات التمريضية لم تكن موضوع بحث في العالم العربي، ولا تتوفر نسخة مترجمة للغة العربية. هذا الواقع يثير درجة من القلق العلمي المتعلق بالآثار السلبية المحتملة للسياق الثقافي الغربي للمصادر التعليمية ولاستخدام لغة غير اللغة الأم كلغة تواصل ولغة توثيق في السجلات التمريضية. يعتبر التكيف الثقافي لأدوات التمريض ذو أهمية كبيرة لتوفير رعاية تمريضية مناسبة آخذة بعين الاعتبار الفروقات الثقافية.

وقد تبين أن ترجمة المصطلحات الطبية وتكييفها مع السياق الثقافي عملية معقدة ولكنها ضرورية للحفاظ على التواصل الفعال مع المرضى وتجنب الثغرات في عمليات التوثيق.

نههدف في هذه الدراسة إلى استكشاف الوضع الحالي في الدول العربية فيما يتعلق باستخدام اللغات التمريضية، والحاجة إلى تكييفها مع الثقافة العربية والآثار السلبية المحتملة لاستخدام لغات غير اللغة العربية الأم في الممارسة التمريضية.

**الهدف:** استطلاع واقع اللغات التمريضية في الوطن العربي.

**المنهجية:** دراسة نوعية تفسيرية استكشافية مستعرضة من خلال مقابلات عميقة شبه منظمة لاستكشاف آراء

الخبراء وباستخدام طريقة ديلفي.

**النتائج:** مدراء التمريض في سبعة مستشفيات خاصة في الأردن شاركوا في مرحلة المقابلات. جميعهم أجمعوا أن استعمال اللغة التمريضية "الناندا، نيك ونوك" في مكان عملهم ليس استعمالاً رسمياً ولا موحداً، وأن الممرضين والمرضات يواجهون صعوبات في فهمها وتطبيقها، هذه الصعوبة تعود إلى حقيقة أن هذه اللغة طورت في ظل سياق ثقافي مختلف ومتوفرة بلغات غير اللغة العربية وأيضاً لكونها عامة ولا يسهل تطبيقها في وحدات الرعاية المتخصصة.

المشاركون أكدوا أن اللغة الإنجليزية هي اللغة الرسمية للتعليم في كليات التمريض في الأردن وهي أيضاً لغة التواصل بين العاملين في الفريق الطبي، وأن استعمال لغة غير اللغة الأم ومستوى اللغة الإنجليزية المتوسط إلى منخفض لدى الممرضين والمرضات يسببان فجوة في السجلات وفي التواصل تظهر واضحة في تدني نوعية السجلات التمريضية وفي وجود خلل ونقص في الرعاية التمريضية المقدمة.

في الجولة الأولى من الاستبيان شارك ٧٦ ممرض وممرضة من فلسطين، الأردن، لبنان، السعودية، الإمارات العربية، قطر، العراق ومصر. معظم المشاركين كانوا ممرضات عمرهم أقل من ٤٠ عاماً مع تنوع في سنوات الخبرة ويعملن في مستشفيات وجامعات في وظائف الرعاية التمريضية السريرية والتدريس.

في هذه الجولة توافقت الآراء حول النقاط التالية بنسبة تساوي أو تتجاوز الـ ٧٠٪: اللغة التمريضية المستعملة في مكان عملهم هي الناندا/نيك/نوك، أن لغة تمريضية متأقلمة مع العالم العربي سترفع مستوى الرعاية التمريضية، أن نسخة من اللغات التمريضية باللغة العربية ستحسن فهمها وسوف تسهل تطبيقها، أن لغة التواصل مع المرضى في أماكن عملهم هي اللغة العربية، أن اللغة المستعملة في السجلات التمريضية وفي كليات التمريض هي اللغة الإنجليزية، أن مستوى اللغة الإنجليزية لدى الممرضين والمرضات يقدر بمتوسط إلى منخفض، أن السجل التمريض في أماكن عملهم سهل الاستعمال ويعتبر دليل قانوني عي المحاكمات، أن الترجمة الصحيحة للـ "spiritual suffering" هي المعاناة الروحية وللـ "Hopelessness" هي فقدان الأمل، وأن تعريف الأتيك للمعاناة الروحية وفقدان الأمل مكتمل وصحيح.

في الجولة الثانية شارك ٢٩ ممرض وممرضة من أصل ٧٦ شاركوا في الأولى وبنسبة تخلي ٦٢٪. المشاركون في هذه الجولة كانوا من فلسطين، الأردن، لبنان، مصر، الإمارات العربية والسعودية. معظمهم كانوا ممرضات بأعمار مختلفة وبخبرة تتجاوز العشريون عاماً ويعملن في مستشفيات وجامعات في وظائف الرعاية التمريضية

السريية والتدريس.

في هذه الجولة توافقت الآراء على النقاط التالية: الاستعمال الدائم للغات التمريرية في تطبيق العملية التمريرية، الناندا/نيك/نوك سهلة الفهم والتطبيق، الناندا/نيك/نوك متأقلمة مع الاحتياجات الثقافية للمريض العربي، استعمال لغة غير اللغة الأم لا يخلق فجوات في التواصل ولا في السجلات، السجل التمريري في أماكن عملهم يعكس تماما واقع الرعاية التمريرية، الترجمة الصحيحة للـ "Griefing" هي الحزن، تعريف الأتيك للـ "Griefing" مكتمل وصحيح، جميع المداخلات التمريرية المرتبطة بالتشخيصات التمريرية الثلاث المطروحة في هذا البحث والمأخوذة من الأتيك أساسية ومهمة باستثناء العلاج بالموسيقى والعلاج بالأدب والعلاج باللعب والتوسط في الخلافات العائلية والمساج البسيط ورعاة توجيه السلوك الدفاعي والراحة النطقية وتعليم الأخذ الذاتي للعينات وتعزيز مشاركة الفراش.

**الاستنتاجات:** إن التناقض في الآراء ما بين مدراء التمريض والمرضين والمرضات المشاركين في الاستبيان في الكثير من المواضيع المطروحة قد يكون مؤشرا إلى نقص في المعلومات حول اللغات التمريرية وحول معايير الجودة في السجلات التمريرية وإلى خلل ونقص محتمل في تطبيق العملية التمريرية وفي السجلات التمريرية. نتائج هذا البحث ستسلط الضوء على الوضع العام في المنطقة العربية، وقد تكون ذات فائدة كبيرة للتمعن والتفكر ولتطوير خطط استراتيجية وخطوط بحث محددة تهدف إلى تنظيم وتوحيد الرعاية التمريرية وإلى ضمان جودتها. الوطن العربي بحاجة للكثير من الأبحاث المتعلقة باللغات التمريرية ودمجها بالسجلات التمريرية، كذلك هناك حاجة للبحث في الخطوات اللازمة لتوفير نسخة من اللغات التمريرية باللغة العربية ومتأقلمة مع الاحتياجات الثقافية للمريض والمرض العربي.

محتوى الأتيك يبدو قريبا من فهم المرضين والمرضات العرب، ومن المفيد النظر في إمكانية تطبيقها عمليا ودراسة المحاور الثقافية التي تحتاج لأقلمة لجعلها تلامس تماما الاحتياجات الثقافية في البلدان العربية. **الكلمات الأساسية:** اللغات التمريرية، الثقافة العربية، الأقلمة الثقافية، السجلات التمريرية، اللغة الأم.



## **2. ABSTRACT**

---





## **ABSTRACT**

**Back ground:** The Arab countries have adopted the western educational models because of the British and French colonization that has lasted many years. These models are being used in most nursing schools. The dependence of these models does not only includes copying the models of the organization of educational systems and theories, but also using textbooks, bibliographic references, tools and evaluation scales created in the West. As a consequence, the language of the studies in almost all nursing faculties in Arab countries is English or/and French.

Like the rest of the nursing tools, the nursing languages adopted in the Arab world are the international ones, especially the NANDA, NIC and NOC (NNN).

Despite its vitality in the practice of nursing, nursing languages have not been the subject of research in the Arab world, nor do we have a copy adapted to the Arabic culture.

This reality generates a disturbing concern related to the possible negative effects of the western cultural context of the nursing education resources used in the Arab region and the use of a non-maternal language in the interprofessional communication and in the nursing records in the quality of nursing care.

The cultural adaptation of nursing tools is of great importance to provide adequate and culturally competent nursing care; and it is shown that the translation of medical terminology and adapting it to the cultural context is a complicated but necessary process to maintain effective communication with patients and to avoid gaps in documentation.

In this study we intend to explore the current situation in Arab countries in relation to the use of nursing languages, the need for their adaptation to Arab culture and the possible negative effects of the use of non-maternal languages in nursing practice.

**Objective:** To explore the reality about the use of the nursing languages in the Arab countries.

**Methodology:** A qualitative cross-sectional exploratory interpretative study with expert opinion through a semi-structured in-depth interview and the Delphi method.

**Results:** The seven participants of the interviews were nursing directors of private hospitals in Jordan, all of them confirmed that the use of the NNN in their place of work is neither formal nor unified, and that the nurses have difficulties to understand and apply

them, since it is a language created for another cultural context, it is in English and it is general and not applicable in areas of specialization.

English is the official language of nursing studies and interprofessional communication; the use of a non-native language and the low level of nursing staff competencies in that language is causing a gap in documentation and communication reflected in the low quality of nursing records and possible deficiencies in the nursing care provided.

All nursing directors showed frustration related to the lack of standardized records, the use of manual records, the lack of educational materials and resources in Arabic, and the low level of proficiency in English.

In the first round of the questionnaire, 76 nurses from 8 Arabic countries participated. The participants were mostly women, under 40 years of age, with a variety of years of experience, working in hospitals and universities in teaching and direct nursing care. In this round, the following topics have been agreed upon with more than 70%: the use of the NNN in their workplace, a nursing language adapted to the Arab world would improve the quality of nursing care, a version of nursing languages in Arabic would improve their understanding and facilitate its application, the language of communication with the patient is Arabic, the language used in nursing records and in nursing studies is English, the proficiency of nurses in English is medium-low, the nursing record in their workplace is easy to manage and is considered a valid legal document in a trial, the translation of "spiritual suffering" is "al Mo'anat al Rauhiya" and the "Despair" is "Foqdan al Amall"; the definitions of spiritual suffering and despair of the ATIC terminology are correct and complete.

In the second round 29 nurses participated from 6 countries. Participants were mostly females, without a dominant age range, mostly with more than 20 years of experience and working in hospitals and universities in nursing care and teaching positions. In the second round the following topics have been agreed: the constant use of the NNN as a tool to apply the nursing process, the NNN is understandable, easy to apply and adjusted to the cultural needs of the Arab patient, the use of a non-maternal language does not generate gaps in communication and documentation, the nursing record reflects the reality of daily nursing care, the translation of "grieve" is "al Hozn", the definition of the grieve of the ATIC terminology is correct and complete, all interventions of the ATIC terminology

linked to the diagnoses of the study have been marked as important and essential except for seven interventions.

**Conclusions:** The contradiction in many of the subjects addressed in this study between the opinion of nursing directors and the participants in the questionnaire may be an indicator of deficiencies in the training on nursing languages and the quality criteria of nursing documentation, and possible deficiencies in the application of the nursing process and in the registers.

The results of this research serve to enlighten the general situation in the Arab region and can be very useful for reflection about it and for the development of strategic plans and specific lines of research.

Much research is needed on the nursing languages and their implementation in the nursing registries in the Arab countries, as well as the necessary steps to provide a version of the nursing languages in Arabic adapted to the cultural needs of the patients and the Arab nurses.

The content of the ATIC terminology seems to coincide with the perspective of the Arab nurses, and it will be good to consider its application in practice and examine the cultural components that need adaptation to the Arabic culture.

**Key words:** Nursing languages, Arabic culture, cultural adaptation, nursing registers, mother language.



### ٣. الاختصارات

---



**NNN:** NANDA, NIC y NOC

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association

**NIC:** Nursing Interventions Classification

**NOC:** Nursing Outcomes Classification

**ATIC:** Arquitectura, Terminología, Interfase, Conocimiento

**ANA:** American Nursing Association

**CIE:** Consejo Internacional de Enfermería

**CNPPI:** Committee for Nursing Practice Information Infrastructure

**CCC:** Clinical Care Classification System

**PNDS:** Perioperative Nursing Data Set

**ICNP:** International Classification for Nursing Practice

**SNOMED CT:** Systemized Nomenclature of Medicine Clinical Terms

**LOINC:** Logical Observation Identifiers Names and Codes

*NMDS: Nursing Minimum Data Sets*

**NMMDS:** Nursing Management Minimum Data Sets

**SIA:** Sistema de información asistencial

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**GCC:** Gulf Corporation Council

**ONL:** Orden of Nursing of Lebanon

**NWI:** Nursing Work Index

**EAU:** Emiratos Árabes Unidas

**IED:** Inventario de experiencia en duelo



**GEI:** Grief experience Inventory

**ITRD:** Inventario Texas revisado de duelo

**TIG:** Texas Inventory of Grief.

**ICG:** Inventory of Complicated Grief

**IDS-R:** Inventario de Duelo Complicado Revisado

**ICG-R:** Inventory of Complicated Grief

**CRDC:** Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado

**RI:** RIX Index

**ISO:** International Organization for Standardization

**EFQM:** Fundación Europea para Gestión de Calidad

**"كممضة تعلمين أن في كل يوم يمر ستغيرين حياة أحدهم أو أن أحدهم  
سيغير حياتك"**

منقول عن مجهول



## ٤. المقدمة

---



## المقدمة

### ١.٤. اللغات التمريضية

واجهت مهنة التمريض العديد من الصعوبات من أجل تغيير الصورة الاجتماعية والصور النمطية التي حددتها كمهنة رعاية نسائية تحت قيادة الأطباء.

على مدى العقود الماضية واستناداً إلى تطوير المعرفة العلمية اللازمة والنماذج المفاهيمية والمهارات المهنية التي تنظمها أخلاقيات المهنة حققت مهنة التمريض هويتها الذاتية المستقلة.

كانت فلورنس نايتنجيل أول من أصر على الحاجة إلى توفير الموارد الفكرية الخاصة بمهنة التمريض من أجل توفير رعاية تمريضية جيدة، وأول من أشار إلى أهمية إدراك تأثير بيئة المريض على صحته وقدرته على الحفاظ عليها أو استعادتها.

نايتنجيل مع كل جهودها لإضفاء الطابع الرسمي على المهنة لم تحصل على اعتراف المجتمع بها كمهنة محترمة. أول من حقق هذا هو إيثربيدفورد - فينيوك، التي لفتت الانتباه إلى سوء ظروف عمل الممرضات وتأثيرها على جودة الرعاية، وأسست في عام ١٨٨٧ جمعية الممرضات البريطانيات بهدف تنظيم أنشطة التمريض وتحقيق الاعتراف والاحترام الاجتماعي للمهنة. (١)

في أيامنا هذه تعتبر مهنة التمريض تخصصاً مستقلاً ويلعب طاقم التمريض دوراً أساسياً في الفريق الصحي متعدد التخصصات.

وفقاً لإليس وهارثلي لكي يطلق على أي ممارسة عملية اسم مهنة يجب أن تتصف بالخصائص التالية: (٢)

١. وجود بنية محددة ومنظمة للمعلومات الفكرية الخاصة بها: التمريض لديها العديد من النظريات الخاصة بها كمهنة، الأولى ظهرت للضوء في عام ١٩٥٢ على يد بيبيلو، تلاها نظرية أورلاندو في عام ١٩٦١ وتلك الخاصة برينغ ونظرية أوريم ونظرية نيومان وروي وروجرز وغيرها.
٢. استخدام المنهج العلمي: لقد طورت التمريض عملية التمريض كطريقة علمية منهجية لتطبيق المعرفة وأسس المهنة.
٣. تدريب المتخصصين في مؤسسات التعليم العالي.
٤. أن تعمل بشكل مستقل في صياغة السيطرة المهنية على أنشطتها المهنية: الممرضات والممرضين اليوم لديهم مسؤولياتهم الخاصة وأنشطتهم التي تقوم على التفكير النقدي وتحمل المخاطرة في ممارسة مهنتهم.

٥. تطوير مدونة لأخلاقيات المهنة وقواعد السلوك المهني: تم نشر أول قانون لأخلاقيات مهنة التمريض من قبل جمعية التمريض الأمريكية (ANA) في عام ١٩٥٠، تبعه في عام ١٩٥٣ قانون المدونة الأخلاقية الدولية لأخصائي التمريض الذين طوره المجلس الدولي التمريض (CIE).
٦. الاعتراف بالمهنة كمساهمة في المجتمع من خلال الخدمات التي تقدمها: مشاركة مهنة التمريض على المستوى الإنساني في المجتمع ودورها في حل المشاكل الصحية هي مشاركة معترف بها وتظهر التزام واضح تجاه المجتمع.
٧. بذل الجهود لتقديم تعويض للمهنيين من خلال توفير الاستقلالية وفرص التطوير المهني والأمن الاقتصادي. ربما يكون أحد أهم التطورات التي نجح الممرضون والمرضات في تطويرها هي عملية الرعاية التمريضية، والتي من ناحية توحد معايير الممارسة التمريضية ومن ناحية أخرى تسهل التحكم في جودة الرعاية من أجل توفير رعاية تمريضية عالية الجودة تلبي احتياجات المرضى وأسراهم.
- عملية الرعاية التمريضية هي عملية منظمة ومنهجية تسمح للممرضات والممرضين بتحديد احتياجات المرضى وأسراهم، وبناء على تلك الاحتياجات وضع خطة رعاية تتضمن سلسلة من التدخلات والتقييم وإعادة التقييم والنتائج المتوقعة.
- كانت هال في عام ١٩٥٥ أول من فكر في مجموعة أنشطة التمريض كعملية، ومن هناك اتبع العديد من الكتاب هذه الفكرة وعملوا على تطوير وتكوين مراحلها الرئيسية. (٣)
- في عام ١٩٦٧، عرف يورا ووالش عملية الرعاية التمريضية بأنها "مجموعة من المبادئ التوجيهية المنظمة للإجراءات الرامية إلى تحقيق أهداف التمريض، مثل: الحفاظ على أقصى حالة من التعافي للمريض؛ وفي حال حدوث خلل أو تغير في هذه الحالة يجب على الممرض توفير كل الرعاية اللازمة التي يتطلبها الوضع لاستعادة العافية تماما، وفي حالة عدم القدرة على الوصول إلى الحالة المثلى للتعافي ينبغي لعملية الرعاية التمريضية تعزيز نوعية حياة المريض وتعظيم مواردها في أقصر وقت ممكن". (٤،٥)
- وقد حدد هؤلاء المؤلفون أنفسهم أربع مراحل في عملية التمريض: التقييم والتخطيط والتنفيذ والتقييم.
- يعتبر التعريف المذكور أعلاه إلى جانب المراحل الأربع الجيل الأول من عملية التمريض، ويركز على تحديد المشكلات الصحية وعملية حلها؛ والتي ولفترة طويلة كانت تحد من دور التمريض على الأنشطة التي تستهدف الأشخاص الذين يعانون من حالة صحية سيئة دون أي دور للتمريض مع الأشخاص الأصحاء. (٦)

في السبعينات مع ولادة جمعية التشخيصات التمريضية في أميركا الشمالية (ناندا)، نشأت فكرة إضافة مرحلة

خامسة للعملية التمريضية وهي التشخيص التمريضي. (٧)

الناندا تأسست رسميا عام ١٩٨٢ واعترف بها كمنظمة دولية تحت إسم ناندا الدولية عام ٢٠٠٢. (٧)

في عام ١٩٩٠ نشرت الناندا التعريف الرسمي للتشخيص التمريضي وقدمته على أنه " الحكم السريري على مشكلة

صحية قائمه حاليا أو محتملة، سواء كانت متعلقة بالفرد أو العائلة أو المجتمع، وهذا الحكم يسهل اختيار المداخلات

والأهداف التمريضية التي تأهل الممرضون والمرضات لتطبيقها". (٨،٩)

الحكم السريري هو "التفسير أو الاستنتاج حول احتياجات المريض ومخاوفه أو مشاكله الصحية، و/ أو قرار اتخاذ

إجراء ما أم لا". (١٠)

على الرغم من أن العديد من المؤلفين لم يعتبروا أن التمريض يشكل مرحلة جديدة في عملية التمريض وإنما هو

ذاته مرحلة التقييم حيث يتم تحديد الاحتياجات وإعطاء اسم محدد لها، فإن هذا النظام التصنيفي للمشاكل الحقيقية

والمحتملة هو مساهمة هامة أخرى في تاريخ مهنة التمريض توفر أداة جديدة تسمح بتوليد خطة رعاية موحدة،

والتي تعرف ب "بروتوكول رعاية محدد مناسب لأولئك المرضى الذين يعانون من مشاكل طبيعية أو متوقعة

مرتبطة بتشخيص أو مرض ما". (١١)

من المهم الإشارة إلى أنه باستخدام التفكير النقدي فإن الخطة التمريضية الموحدة مثلها مثل أي أداة مهنية فهي قابلة

لتطبيق التعديلات اللازمة لتلبية احتياجات الفرد، اعتمادا على حقيقة أن كل شخص هو عالم يتكون من مجموعة من

القيم والمعتقدات ووجهات النظر.

مع ظهور التشخيصات التمريضية تنتقل إلى الجيل الثاني من عملية التمريض، حيث هناك تركيز أكبر على الحكم

السريري للتمريض، والذي يوسع دور الممرضين والمرضات ليشمل الأنشطة المتعلقة بالمشاكل المحتملة وتعزيز

الصحة والوقاية والتنقيف الصحي.

في ضوء ما سبق، يمكن الاستنتاج أن عملية التمريض الموحدة تساعد على التنظيم العقلي للمعلومات والحكم

السريري المناسب وصنع القرار الصحيح؛ وبالتالي فإنه يسمح للممرضين والمرضات بالتحدث بنفس اللغة

السريرية، ويسهل الاتساق في التواصل والتوثيق وإدخال السجلات الصحية الإلكترونية ووضعها قيد الاستعمال.

في عام ٢٠٠٢ ظهر التصنيف الثاني للناندا والمتوافق مع معايير لجنة البنية التحتية لمعلومات التمريض التابعة

للجمعية الأميركية للتمريض. (٧)

التصنيف الثاني للناندا هو "الترتيب المنهجي للظاهرة التي تعرف المنظومة المعرفية لمهنة التمريض، وبعبارة



أخرى، هو مخطط تصنيف يساعد على تنظيم المفاهيم الهامة لممارسة مهنة التمريض". (١٠)

يتكون التصنيف الثاني من سبعة محاور تمثل أبعاد الاستجابة البشرية، ويكون بمثابة دليل لتكوين العملية التشخيصية. في نفس الوقت يتكون من أربعة مستويات، الأول يقدم أعلى مستوى من التجريد مع ثلاثة عشر مجالا وكل واحد يمثل مجال نشاط، والثاني يتكون من سبعة وأربعين فصلا، والثالث من مائة وستة مفاهيم والرابع مع مائتين وخمسة وثلاثين تشخيص. (١٠، ١٢)

- تمثل المحاور تسميات التشخيصات من خلال قيمتها، وهي كالتالي: (١٠)

١. النهج التشخيصي (المفهوم): يصف استجابة الإنسان ويشكل جوهر التشخيص.
  ٢. من الخاضع للتشخيص: الفرد، الأسرة، المجموعة، مقدم الرعاية، المجتمع، إلخ.
  ٣. الحكم: يحدد معنى النهج التشخيصي.
  ٤. الموقع: جزء من الجسم أو وظيفته ذات الصلة.
  ٥. العمر.
  ٦. الوقت (حاد، مزمن، ومتقطع): مدة التشخيص أو امتداده الزمني.
  ٧. الحالة التشخيصية (المخاطر، تعزيز الصحة، التركيز على المشكلة): تشير إلى حقيقة أو إمكانية المشكلة.
- المجالات الثلاثة عشر هي: (١٠)

- تعزيز الصحة
- التغذية
- الإخراج والتبادل
- الأنشطة والراحة
- الإدراك الذهني
- الإدراك الذاتي
- علاقات الدور
- الحياة الجنسية
- التكيف / تحمل التوتر
- مبادئ الحياة

• الأمن / الحماية

• الراحة

• النمو / التنمية والتطور

- مكونات تشخيص التمريض في الناندا هي: (١٠،٩)

١ - علامة التشخيص: الاسم الذي يعكس الحكم السريري

٢ - التعريف: الوصف الذي يوضح معناه ويساعد على تمييزه عن التشخيصات الأخرى.

٣ - الخصائص المميزة: "الأعراض والعلامات التي تمثل معا تشخيصا". (٩)

٤ - عوامل الخطر: "العناصر البيئية أو النفسية أو الجينية أو الكيميائية التي تزيد من فرصة تعرض الشخص لحدث غير صحي". (١٠)

٥ - العوامل ذات الصلة: "العوامل التي أثرت على التغير في الوضع الصحي". (٩)

في نفس خط التفكير، وبهدف توحيد عملية التمريض أكثر، وضعت ناندا تصنيف المداخلات التمريضية وتصنيف

النتائج التمريضية والتي جنبا إلى جنب مع تشخيص التمريض تشكل لغة تمريضية موحدة.

يتكون تصنيف المداخلات التمريضية من أربعة مستويات، الأول يتكون من ٧ مجالات، والثاني يمثل ٣٠ فئة،

والثالث يتكون من ٥٥٤ مداخلات والرابع من عدد غير محدد من الأنشطة. (١٢)

المداخلات التمريضية هي " العلاج الذي يقدمه الممرضون والممرضات من خلال مجموعة من الأنشطة". (١٢)

تصنيف النتائج التمريضية يتكون أيضا من أربعة مستويات، الأول من سبع مجالات، والثاني من ٣٢ فصلا والثالث

من ٤٩٠ نتيجة والرابع من مجموعة من المؤشرات التي تمثل وضع المريض وعلاقته بالنتائج. (١٢)

كما ذكرنا سابقاً التشخيصات التمريضية ناندا وتصنيف المداخلات التمريضية وتصنيف النتائج التمريضية معا

تعتبر لغة تمريضية دولية قياسية وموحدة تزود الممرضين والممرضات بوسيلة اتصال وتواصل تصف بوضوح

دور وانشطة التمريض. (١٣)

المزايا التي توفرها لغات التمريض القياسية والموحدة هي: (١٣،١٤،١٥،١٦)

- توفير وسائل لتوثيق أنشطة التمريض وزيادة وضوح الدور التمريضي.

- تحسين رعاية المرضى وعائلاتهم.

- تسهيل تقييم النتائج.

- السماح باستعادة الوثائق وتحليلها المستمر لدعم جودة الرعاية التمريضية والتمريض على أساس الأدلة العلمية.

- ضمان التنسيق القياسي لتحليل الوثائق.
  - توفير الهيكل لقياس الممارسة السريرية للمريض.
  - تحسين التواصل بين الممرضات ومقدمي الخدمات الصحية الآخرين وبينهم وبين المرضى وعائلاتهم.
  - توصيل عناصر ممارسة التمريض داخل السجلات الصحية الإلكترونية.
  - تشجيع البحث العلمي.
  - تحديد الكفاءات التمريضية وتسهيل تقييمها.
  - تقديم نموذج تعليمي لكليات التمريض.
  - فتح خطوط بحث جديدة في التمريض.
- في الوقت الحاضر هناك حوالي ١٢ نظام مصطلحات تمريضي معترف بها من قبل الجمعية الأمريكية

للمريض: (١٧٠٦) الجدول (١)

**الجدول (١): قائمة نظم المصطلحات التمريضية المعتمدة**

نظام مصطلحات	سنة التطوير	سنة الاعتراف
NANDA-I	١٩٧٣	١٩٩٢
NIC	١٩٨٧	١٩٩٢
NOC	١٩٩١	١٩٩٧
Clinical Care Classification System (CCC)	١٩٨٨	١٩٩٢
The Omaha System	١٩٧٥	١٩٩٢
Perioperative Nursing Data Set (PNDS)	١٩٨٨	١٩٩٩
International Classification for Nursing Practice (ICNP)	١٩٨٩	٢٠٠٠
Systemized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT)	٢٠٠٠	٢٠٠٢
Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)	١٩٩٤	٢٠٠٢
Nursing Minimum Data Sets (NMDS)	١٩٨٥	١٩٩٩
Nursing Management Minimum Data Sets (NMMDS)	١٩٨٩	١٩٩٨
ABC Codes	١٩٩٦	٢٠٠٠

في وصف نظم المصطلحات التمريضية المعترف بها من قبل الجمعية الأمريكية للتمريض نلاحظ أنها مقسمة إلى ثلاثة أنواع من النظم:

١. نظام المصطلحات الـ interphase: "مجموعة منهجية من المصطلحات المتعلقة بالرعاية الصحية التي تدعم المهنيين السريريين في مهمة تسجيل المعلومات المتعلقة بالمرضى في نظام محوسب". (١٧)  
تُعرّف د. خوفي في كتابها "نظام المصطلحات أتيك" نظم المصطلحات الـ interphase على أنها "لغة موحدة ومنظمة تستند إلى اللغة الطبيعية تسهل إدخال البيانات في أنظمة المعلومات ويساعد على ضمان إمكانية حفظ المخرجات". (١٨)

٢. الحد الأدنى لمجموعات البيانات: "الحد الأدنى من مجموعة من العناصر أو عناصر المعلومات ذات تعريفات وفئات موحدة متعلقة بجانب معين أو بعد معين من نظام الرعاية الصحية، يلبي الاحتياجات الأساسية لمستخدمي البيانات المتعددين". (١٧)

٣- نظم المصطلحات المرجعية: مصممة لـ "توفير دلالات مشتركة للتطبيقات المختلفة، وفي الحالة المثالية تسمح للعاملين في المجال الصحي باستخدام المصطلحات المناسبة (المرادفات) لممارساتهم الخاصة بالمهنة. يسمح التقاطع بين نظم المصطلحات التمريضية ونظم المصطلحات المرجعية بوجود مفردات موحدة ومشاركة لتوصيل البيانات بين البيئات المختلفة". (١٧)

من المهم أيضاً توضيح الفرق بين نظم المصطلحات التمريضية والتصنيفات التمريضية، في حين أن التصنيف هو نظام تصنيف لمستويات المجموعات والمجموعات الفرعية، المصطلح هو اللغة المستخدمة في مجال مهني ما لوصف المعارف العلمية لتلك المهنة، وبالتالي عندما نتحدث عن التشخيصات التمريضية نفسها نتحدث عن المصطلحات، وعندما نتحدث عن الطريقة التي يتم بها هيكلتها أو تصنيفها نتحدث عن التصنيف. (١٠)

في التسعينات ظهرت الى النور في إسبانيا مصنفة تفاعلية تمريضية جديدة على يد الدكتورة ماريأ أولاليا خوفي أودينا تسمى الأتيك:

Arquitectura, Terminología, Información \_ Interfase \_ Enfermera y Conocimiento (ATIC).

Architecture, Terminology, Information \_ Interphase \_ Nurse and Knowledge

"تم تصميم الإصدار الألفي من الأتيك بين عامي ١٩٩٧ و ٢٠٠٢ كمساهمة خاصة لأنظمة المعلومات التمريضية المختلفة في المستشفيات والتي لم تكن تلك المستشفيات قد وصلت إلى تطبيقها بعد. وقد تم تطوير النسخة التجريبية بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٥ كاستمرارية لهذا العمل الشخصي غير المنشور". (١٩)

وقد تم تطوير الأتيك على أساس تحليل عميق ومنهجي للغة الطبيعية للممرضات في سجلات التمريض. يحتوي كل من محاور لغة الأتيك على مصطلحات ومفاهيم مبنية على دراسة اللغة الطبيعية.

يسمح محتوى مصطلحات الأتيك بإدخال بيانات محددة في أنظمة المعلومات وتجنب تسجيل المفاهيم التي لا تحتاج إلى التسجيل مما يعطي قيمة للسجل التمريضي كجزء من السجل الطبي للمريض. (١٩)

المحاور الرئيسية الأتيك: (١٨)

- التقييم

- التشخيص

- المداخلات

المحاور الثانوية هي: (١٨)

- المستفيدون

- الموقع

- الإجراءات

- المنتجات

- الزمانية

- وحدات القياس

- الشروط

- المواد

- مواصفات أخرى

تشرح مؤلفة الأتيك أنه ليس المقصود أن يحل محل التصنيفات الحالية ولكن تكميلها وأن أهداف هذا النظام هي: (١٩)

- ضمان سلامة المريض وجودة الخدمات

- استمرارية الرعاية التمريضية

- تعزيز الممارسة التعبيرية

- تعميم السجل التمريضي

- تسهيل التواصل بين المهنيين

استخدمت الأتيك في عام ٢٠٠٨ في أنظمة المعلومات في ١١ مستشفى في كاتالونيا وقد تم التحقق من صحتها في

العديد من الدراسات المنشورة على المستويين الوطني والدولي. (٢٠)

تعتبر اللغات التمريضية الموحدة اليوم بمثابة الجيل الثالث من عملية التمريض وتركز على النتائج المرتبطة بالمداخلات التمريضية.

ويمكننا التأكيد أن الفهم والتطبيق الصحيح للغات التمريضية يضمن توفير رعاية تمريضية شاملة، واحترام حقيقة أن الحالة الصحية للناس تتأثر بمجموعة من الجوانب الجسدية والعاطفية والنفسية والاجتماعية والروحية، ويوفر كذلك أداة مفيدة لأبحاث التمريض والتعليم.



"كن أنت التغير الذي تريد أن تراه في العالم"

المهاتما غاندي





#### ٢.٤. التمريض في الوطن العرب

تاريخ مهنة التمريض يعود لزمان الرسول محمد عليه السلام، حيث تعتبر ربيعة الإسلامية أول ممرضة في الإسلام. ربيعة الإسلامية تعلمت الأساسيات التمريضية من والدها الذي كان معالجا شعبيا معروفا آنذاك، وأصبحت ترافق الجيوش الإسلامية وتقدم الإسعافات الأولية للجرحى وتعالج جروحهم وتقدم لهم الطعام والشراب والدعم النفسي والمعنوي. (٢١)

لم يوثق الكثير عن ربيعة الإسلامية، ولكن المصادر تؤكد أنها تعتبر مؤسسة مهنة التمريض في حقبة الإسلام الأولى، وبعض المصادر تشير إلى أنها أول أنشأ مدرسة للتمريض ودربت الكثير من النساء اللواتي تبعن تعاليمها، نذكر منهم نسيبة بنت كعب. كذلك يذكر أنها أول من كتب قانون أخلاقيات التمريض في التاريخ. (٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥)

تعاليم الإسلامية حثت على معاملة الجميع بالتساوي بغض النظر عن الجنس أو الأصل أو الديانة وذلك بموافقة ودعم النبي محمد عليه السلام، وبفضل تلك التعاليم حازت مهنة التمريض على احترام وتقدير المجتمع الإسلامي آنذاك. نظرة الاحترام والتقدير لمهنة التمريض التي كانت سائدة في عصر الإسلام الأول ليست هي نفس النظرة في أيامنا هذه في المجتمعات العربية والإسلامية.

في بعض الدول العربية، خاصة في السعودية ودول الخليج لا تعتبر مهنة التمريض مهنة تليق بالنساء، وممارسة مهنة التمريض وما تفرضه من اختلاط بالجنس الآخر وتقديم الرعاية له يشكل قلقا لدى العائلات بسبب الأثر السلبي الذي قد يشكله على سمعة وشرف نساءهم. (٢٦)

هذه المعتقدات الاجتماعية التي رسخت فكرة أن ممارسة مهنة التمريض يتعارض مع تعاليم الإسلام تظهر نوع من الالتباس والتشويش الفكري ما بين الدين والمعتقدات الاجتماعية وتفسير خاطئ لتعاليم الإسلام وأخلاقيته.

ثقافة المجتمع العربي تسيطر عليها قيم الدين الإسلامي، وفي كثير من الأحيان تختلطان فلا يتم التمييز ما بين الثقافي والديني، هذا الخلط كان له أثر على تطور مهنة التمريض وعلى الصورة الاجتماعية لهذه المهنة، وكما هو طبيعي أيضاً كان له أثر سلبي على صورة وقيمة المهنة في أعين الممرضين والممرضات أنفسهم.

الصورة الاجتماعية لأي مهنة إضافةً لتحديد عدد الأشخاص الذين قد يختارونها كمهنة، قد يؤدي إلى انخفاض مستوى الرضا لدى المرضى وقد يرفع نسبة الإرهاق الوظيفي ويحد من المصادر التي توفرها الدول لتطوير تلك المهنة.

إن فهم الثقافة العربية يساعدنا على فهم الثقافة التمريضية في الوطن العربي وعلى فهم كيف تطورت هذه المهنة في

تلك الدول عبر السنين وما هي الأسباب خلف بعض الظواهر وخلف الوضع الحالي لمهنة التمريض في المنطقة العربية.

سوف نتطرق لموضوع الثقافة العربية بعمق في الجزء الثالث من المقدمة، أما في هذا الجزء فسوف نركز على

الجوانب الثقافية والدينية التي أثرت ولا زالت تؤثر على تطور مهنة التمريض في الوطن العربي.

تؤكد المؤلفات حول وضع التمريض في العالم العربي تحسناً ملحوظاً في الصورة الاجتماعية، ومشاركة الرجال

في المهنة والنظم التعليمية، لكن المجتمع العربي لا يزال يتأثر بالعديد من القوالب النمطية فيما يتعلق بمنظوره

حول التمريض كمهنة، ويراها كمهنة أنثوية محددة برعاية المرضى فقط ويؤمن بتبعيتها لمهنة الطب.

في الحقيقة، هذه النظرة لمهنة التمريض ليس حصراً على المجتمعات العربية، على حسب مقال لنانان وبيكر "توصف

مهنة التمريض كمهنة تفتقر للتحديات والمسؤوليات وللمكانة الاجتماعية ولظروف العمل المريحة ولفرص العمل

وللرواتب العالية". (٢٧)

النظر إلى مهنة التمريض كمهنة أنثوية محددة بالرعاية وإتباع تعليمات الأطباء أدت إلى الاستخفاف بالمجهود

الأكاديمي للممرضين والممرضات ووضعت مهنة التمريض في مكانة متدنية نسبة للكثير من المهن الأخرى.

يجدر التذكير أن على مدار التاريخ ارتبطت الرعاية بالنساء، وطبيعة مهنة التمريض المرتبطة بشكلٍ قوي بفن الرعاية

كان السبب وراء النظر إلى هذه المهنة كمهنة نسائية.

عبر التاريخ الرجال الذين اختاروا مهنة التمريض فعلوا ذلك بناءً على اعتقادهم أنها مهنة ستوفر لهم عملاً بشكل

مباشر وبراتب جيد، ومع ذلك أكدوا أنهم يواجهون تحديات كثيرة بسبب ممارستهم لمهنة أنثوية، وأن هناك اعتقاداً

أن الرجال الذين يختارون هذه المهنة هم مثليون جنسياً (هذا التوجه الجنسي مرفوض تماماً في العالم العربي

والإسلامي)، وانهم لتقليل هذه التحديات يختارون العمل في تخصصات تمريضية تقدر أكثر الدور الرجولي مثل

التمريض النفسي. (٢٨)

عزوف الرجال عن مهنة التمريض يعتبر ظاهرة عالمية تنتج نحو الزوال شيئاً فشيئاً، ففي أيامنا هذه عدد الممرضين

الذكور في ازدياد مستمر وملحوظ.

على الرغم من أن الفكر الجمعي في المجتمع العربي يعتبر التمريض مهنة نسائية فإن النساء في السعودية مثلاً

يعزفن عن هذه المهنة لكي يتجنبن انتهاك أخلاقيات الإسلام المتمثل في خروجهن للعمل خارج البيت ورعاية

مرضى من الجنس الآخر وايضاً لتجنب النظرة الاجتماعية التي قد تحد من فرصهن في الزواج وتكوين أسرة.

من الملفت للنظر التناقض في النظرة الاجتماعية لعمل المرأة في التمريض ولعملها في مهن طبية أخرى تمتلك نفس ظروف العمل ومع ذلك لا ينظر إليها كمهنة تنتهك أخلاقيات الاسلام.

هذا الرفض لعمل المرأة في مهنة التمريض لم يعزز عمل الرجل فيها، على العكس تماماً، هناك عزوف من الرجال في الوطن العربي سببه ربط الرعاية بالنساء والنظرة الدونية لهذه المهنة.

هذا العزوف من قبل أهل البلاد العربية الأصليين سبب اعتماد عالي على الممرضين الوافدين خاصة في دول الخليج.

منظمة الصحة العالمية تؤكد أن هناك نقص في الكوادر التمريضية في العالم يقدر ب ٤,٣ مليون ممرض وممرضة، وأن التوزيع الجغرافي للممرضين الممارسين للمهنة غير متساوي في معظم البلدان في العالم. (٢٩) في الشرق الأوسط هناك نقص يقدر ب ٣٠٦,٠٣١ ممرض وممرضة، وأن هذه المنطقة تحتل المركز الأدنى في المصادر البشرية الصحية بين المناطق الإدارية السبعة لمنظمة الصحة العالمية. (٢٩)

يؤكد تقرير التحديات الصحية ٢٠٥٠ لمجلس دول الخليج على الحاجة إلى ٢٣٠,٠٠٠ ممرض في منطقة الخليج. (٣٠)

منظمة الصحة العالمية تؤكد أيضاً في تقريرها لعام ٢٠٠٨ أن منطقة الشرق الأوسط توفر ٤,٦ ممرض/ممرضة لكل ١٠٠٠ نسمة، بينما المتوسط العالمي يقدر ب ٩,٣، وأن ٩٥٪ من الممرضين والممرضات العاملين هم من الوافدين. (٢٩) الجدول (٢)

**الجدول (٢): نسبة الكادر التمريضي لعدد السكان في بعض الدول العربية**

البلد	نسبة الكادر التمريضي / السكان
السعودية (٢٣,٣١)	١٠٠٠٠ / ٤٨
قطر (٢٣,٣١)	١٠٠٠٠ / ٧٤
الأردن (٣٣)	١٠٠٠٠ / ٢٧,٦
الكويت (٣٣)	١٠٠٠ / ٣,٩٠
البحرين (٣٣)	١٠٠٠٠ / ٣٦
الإمارات العربية المتحدة (٣٣)	١٠٠٠٠ / ٤١
مصر (٣٤)	١٠٠٠ / ٢,٦٧
عمان (٣٥)	١٠٠٠٠ / ٣٧

على سبيل المثال اليمن يعتبر واحد من البلدان التي تعاني من نقص حاد وحرص، وذلك يعني أن هناك أقل من ٢٣ طبيب وممرض وداية قانونية لكل ١٠,٠٠٠ نسمة، الأردن ولبنان لديهم ممرضين وممرضات محليين مؤهلين في برامج تمريض محلية ذات مستوى عالي، ولكن معظمهم متركز في المدن مما يسبب وجود نقص في المناطق القروية، كذلك فإن هناك ميل عالي من قبل الممرضين والممرضات في هذين البلدين للهجرة للعمل في دول الخليج. (٢٩)

النقص في الكوادر التمريضية لا يعود فقط للعوامل الثقافية التي ذكرناها سابقاً، بل يلعب دوراً هاماً أيضاً غياب برامج التأهيل التمريضية الموحدة والاعتماد الكامل على المصادر التعليمية الأجنبية وتبني النموذج والطراز التعليمي الغربي والأمريكي في معظم كليات التمريض في الوطن العربي وشح المصادر التعليمية العربية. (٣٠،٣١) ترمولتي (٢٠٠١) يشرح أنه على الرغم من أن اللغة الرسمية المستخدمة في المستشفيات في الشرق الأوسط هي اللغة الانجليزية فإن أغلبية الممرضين والممرضات لا يجيدون هذه اللغة. (٣٢) مما يسبب لهم مستوى عالي من الضغط النفسي ويخلق عوائق في التواصل وانخفاض في مستوى الرعاية التمريضية المقدمة. من ناحية أخرى فإن منظمة الصحة العالمية ابلغت أنه على الرغم من التطور الملحوظ في التعليم وفي الممارسة التمريضية في الشرق الأوسط إلا أن الممرضين والممرضات لا يشاركون في اتخاذ القرارات المتعلقة بالسياسات المنظمة للمهنة، وتعتقد أن هذا قد يعود للأغلبية النسائية الممارسة لهذه المهنة في مجتمع ذكوري وللرواتب المنخفضة وظروف العمل السيئة والمستوى الاجتماعي المتدني لمهنة التمريض وتدني فرص الترقية. (٣٣) في دراسة أجريت عام ٢٠١٧ على يد الغامدي وتوب واليامي بهدف مقارنة مستوى الرضا المهني لدى الممرضين والممرضات الذين يشغلون مناصب إدارية في السعودية أشارت النتائج إلى أنه في مجتمع ذكوري كما المجتمع العربي هناك تقدير وثقة في الرجال كقادة وأن أسلوبهم الإداري يعتبر أكثر فعالية وينعكس بشكل إيجابي على الرضا المهني لدى العاملين، وأن هذا كان رأي الممرضات أيضاً، مما قد يفسر عدم مشاركة الممرضات في تشكيل السياسات المتعلقة بالمهنة. (٣٤)

من العام إلى الخاص سنطرح بعض الحقائق المتعلقة بمهنة التمريض في بعض الدول العربية مع وجود محددات لإعطاء صورة متكاملة بسبب قلة المقالات والدراسات الموثوقة المنشورة.

## المملكة العربية السعودية:

الثقافة السعودية تم تعريفها من قبل المطري ومكارثي على أنها " خليط موحد من عادات وتقاليده القبائل العربية، والإسلام يشكل عقلية وسلوك السعوديين". (٣٨)

تعاليم الإسلام ممتدة وتطال جميع جوانب الحياة في المجتمع السعودي بما في ذلك نظام القضاء، وهذا الواقع كان له تأثيره الواضح على القرارات العليا المتعلقة بمهنة التمريض.

مهنة التمريض في المجتمع السعودي تعتبر مهنة نسائية معتمدة على تنفيذ أوامر الأطباء، وعلى الرغم من ذلك فإن نسبة النساء اللواتي يخترن مهنة التمريض متدنية جداً على اعتبار أنها لا تناسب النساء المسلمات وتنتهك تعاليم الإسلام كما ذكرنا سابقاً.

يجدر التذكير أن الفصل بين الجنسين في المجتمع السعودي أساسي حتى في المستشفيات ومراكز الخدمات الصحية، المرضى والممرضين على حد سواء يفضلون التعامل مع أشخاص من نفس الجنس.

السعودية كما هو الحال في معظم دول العالم تعاني من نقص في الكوادر التمريضية وتعتمد بشكل كبير على الكوادر الوافدة، وذلك كما ذكرنا سابقاً يعود لأسباب اجتماعية ثقافية ولأخرى تتعلق بظروف العمل.

على الرغم من أن الحكومة السعودية ومنذ العام ١٩٩٢ حاولت تطبيق سياسات خاصة لتعزيز الاعتماد على كوادر وطنية إلى أن تقرير وزارة الصحة للعام ٢٠١٠ يؤكد أن الممرضين الوافدين لا زالوا يشكلون ٧٤٪ من كامل الكادر التمريضي في السعودية. (٣٩،٣٨)

نسبة الاعتماد العالية على الكوادر الوافدة سببت مشكلة جدية وخطيرة كون أن هذه الكوادر غير ناطقة بالعربية وغير محيطة بالخصائص الثقافية والدينية للمجتمع السعودي، لذلك فإن إعداد كوادر محلية يعتبر حاجة ملحة لضمان جودة الرعاية التمريضية المقدمة. (٣٨)

من المشاكل الأخرى التي تواجهها مهنة التمريض في السعودية هي نسبة الترك العالية التي تصل إلى ٣٠٪ وتعود لنفس الأسباب الثقافية سابقة الذكر ولانعدام المهارات الثقافية لدى الكوادر الوافدة. (٣٢)

في عام ١٩٧٦ أنشأت السعودية أول كلية للتمريض تمنح درجة البكالوريوس بعد إكمال أربعة سنوات دراسية، عدد الكليات ازداد منذ ذلك الوقت ليصل إلى ١٨ في عام ٢٠٠٦. (٣٨)

اللغة الإنجليزية هي اللغة الرسمية في القطاع الصحي على الرغم من أن العديد من الممرضين والمرضات الوافدين لا يتكلمون الإنجليزية ولا العربية. ٢٤

بناءً على ما سبق السعودية بحاجة لبذل مجهود أكبر لترويج مهنة التمريض ومحو الأفكار النمطية المسيطرة على المجتمع السعودي حول هذه المهنة كتوجه لتقليل الاعتماد على الكوادر الوافدة. وحتى يتحقق ذلك يجب خلق معايير قبول للكوادر الوافدة تشمل مستوى المهارات الثقافية واللغوية، ومن المهم أيضاً العمل على تطوير نظام تعليمي موحد ومعايير ممارسة المهنة الموحدة لضمان جودة الخدمات التمريضية في البلد.

البحرين:

ظهرت مهنة التمريض إلى الضوء في البحرين عام ١٩٣١ مع دخول أول ممرضة هندية إلى البلاد، ولكن لم يتم إنشاء أول كلية للتمريض حتى العام ١٩٥٩، هذه الكلية تعتبر الأولى في منطقة الخليج وطرحت برنامج دراسي مدته أربعة سنوات وتمنح درجة البكالوريوس. (٣٧)

في عام ١٩٩١ تم إنشاء جمعية التمريض البحرينية والتي تعتبر الهيئة الرسمية المعنية بتطوير مهنة التمريض. هذه الجمعية اصدرت قانون ممارسة مهنة التمريض عام ٢٠٠٢. (٣٧)

على مر التاريخ في البحرين كان خيار التمريض كمهنة خيار غير مقبول اجتماعياً، في وقتنا الحالي أصبح أكثر قبولاً مع أن الصورة الاجتماعية لا تزال مثيرة للقلق كما هو الحال في معظم الدول العربية، العائلات لا زالت تراها كمهنة غير مناسبة لبناتهم ويعتقدون أن تقديم الرعاية لشخص من الجنس الآخر أمر غير مقبول وكذلك الحال بالنسبة لظروف العمل التي من وجهة نظرهم تقف في وجه واجباتهن الزوجية والأسرية. (٣٧)

يجدر الإشارة أنه على الرغم من تحسن النظرة تجاه مهنة التمريض في البحرين لا يزال ينظر لها كمهنة دونية تحمل مهام كريهة وعائدها المادي ضئيل. (٤٠)

على الرغم من المحددات الثقافية والاجتماعية فإن الكادر التمريضي في البحرين يتشكل في معظمه من النساء حيث تدل الإحصائيات أن ٥٠٪ منه هم ممرضين وممرضات محليون ولكن فقط ٦٪ منهم رجال. (٣٠)

البحرين لديها ٢٨٠٠ ممرض وممرضة ويقدر أنه بحاجة ل ٤٠٠٠ ممرض وممرضة اضافيين لتلبية معايير منظمة الصحة العالمية. (٣٧)

الأرقام المذكورة سابقاً تدل على إن البحرين يعتمد اعتماداً كبيراً على الكوادر التمريضية الوافدة وعلى عزوف من قبل الرجال في المجتمع البحريني عن اختيار التمريض كمهنة.

## قطر:

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية تعاني قطر أيضاً من عجز في الكوادر التمريضية، ولديها نسبة منخفضة جداً من الممرضين المدربين داخلياً بسبب عزوف المواطنين وصورة المهنة الاجتماعية. ومثل دول الخليج الأخرى يعتمد البلد على الوافدين، خاصة من الهند والفلبين. (٢٩)

٨٠٪ من سكان قطر هم من المغتربين الذين يعتبرون البلد جذاباً جداً للعمل بسبب الرواتب المرتفعة وتكلفة المعيشة المنخفضة. (٤١)

قطر لديها ٧٤ ممرض وممرضة لكل ١٠٠٠٠ نسمة. (٣٢،٣١)

على الرغم من أن أول من مارس مهنة التمريض في قطر كان رجالاً في العام ١٩٥٠ (٤٢) فإن الكادر التمريضي في الوقت الحالي في أغلبيته مكون من اناث، فقط يسمح للنساء بالانضمام لبرامج التأهيل التمريضية، الممرضين يتم التعاقد معهم للعمل مع المرضى الرجال وجميعهم وافدين. (٤١)

اللغة الإنجليزية هي اللغة الرسمية لتعليم في كليات التمريض التي تؤهل الممرضين من خلال ثلاث برامج مختلفة، بكالوريوس بعد أربع سنوات دراسية ودبلوم بعد ثلاث سنوات دراسية وبرنامج تأهيلي مدته سنتين. (٤١)

## الإمارات العربية المتحدة:

تواجه الإمارات العربية المتحدة سلسلة من التحديات في مجال تعليم التمريض، بما في ذلك اعتماد نماذج دولية والحضور المهيمن لنموذج القيادة الهرمي ونقص التواصل والفقر في الموارد التعليمية وقلة الطلاب الذين يختارون دراسة التمريض. (٤٠)

هناك نوعان من الهيئات التنظيمية الرسمية لمهنة التمريض في دولة الإمارات العربية المتحدة، واحدة هي جمعية التمريض الإماراتية التي أنشئت في عام ٢٠٠١ والأخرى هي مجلس التمريض الذي أنشئ في عام ٢٠٠٩. (٤٣)

تعتبر كلاهما خطوة مهمة لتطوير معايير قياسية تنظم المهنة، على الرغم من أنها لا تزال تفتقر إلى الكثير من العمل من أجل تنظيم تعليم وممارسة التمريض في البلاد.

يجب أن نضع في اعتبارنا عندما نتحدث عن دولة الإمارات العربية المتحدة أنه بلد يسكنه ١١,٥٪ مواطنون أصليون والباقي وافدون، وبالتالي فإن الكادر التمريضي في البلاد يتشكل من الوافدين بالكامل تقريباً.

لدى الإمارات العربية المتحدة ١٠٠٠٠ ممرضة وممرض من أكثر من ١٠٣ جنسيات، فقط ٣٪ منهم من المواطنين الأصليين. (٤٤،٢٥)



نظراً للارتفاع في نسبة الوافدين فإن اللغة الإنجليزية هي اللغة الرسمية في القطاع الصحي.

بالإضافة إلى ذلك، يُعتقد أن الموظفين المغتربين يفرضون قيمهم الثقافية على المرضى، مما يولد فجوات مهمة جداً في عملية الرعاية ويسبب نزاعاً ثقافياً وأخلاقياً يؤثر على النتيجة النهائية لخطة الرعاية وبالتالي على الوضع الصحي للمرضى. (٢٥)

#### مصر:

أغلب ممارسي مهنة التمريض في مصر هم من النساء، (٤٥) وتعاني البلاد من عجز في طاقم التمريض قدرته

وزارة الصحة في عام ٢٠٠٨ ب ٤٤٠٠٠ ممرض وممرضة. (٣٤)

أكد فليرتون وسكري في مقالهما المنشور عام ١٩٩٥ أنه على الرغم من وجود بنية تحتية صحية راسخة في البلاد وعرض تعليمي واسع لدراسة التمريض إلا أن الممرضات في مصر يعانين من سلبيات اجتماعية وثقافية مرتبطة بنوع جنسهن، ومحرمات تتعلق بالاهتمام بالمرضى الذكور وساعات العمل الطويلة والرواتب المنخفضة وبيئة العمل التي تهيمن عليها مكانة وسلطة الأطباء. (٤٦)

يوجد في مصر ثلاثة مستويات من التعليم التمريضي، درجة البكالوريوس بعد ٤ سنوات دراسة ودرجة الدبلوم بعد ٣ سنوات دراسة وبرنامج تأهيلي مدته سنتان. (٤٥)

يوجد في مصر ٢٠٢.٥٤٢ ممرضة وممرض، ٩٠٪ منهن حاصلون على دبلوم و ٦٪ إلى ٨٪ فقط يحملون درجة البكالوريوس. (٣٤)

#### العراق:

بدأ برنامج التمريض الأول في العراق في عام ١٩٣٣ في بغداد، مع صعوبة كبيرة في التوظيف بسبب الحظر الاجتماعي لعمل المرأة.

بدأ برنامج درجة البكالوريوس في التمريض لأول مرة في عام ١٩٦٣، وحسب منشور لعام ٢٠٠٥ فإن البلاد لديها برامج للحصول على درجة البكالوريوس في التمريض في ٣ جامعات، (٤٧) وفي عام ١٩٨٦ بدأوا بتقديم درجة الماجستير. (٤٨)

في عام ١٩٦٢ تم تأسيس نقابة التمريض تحت إدارة منظمة الصحة العالمية.

قبل الحرب في العراق، كانت التمريض مهنة حصرية للنساء، وقد تغير هذا الوضع منذ عام ١٩٨٢، التقرير القطري لمنظمة الصحة العالمية عن بلدان الشرق الأوسط يؤكد أنه لا يزال ينظر للتمريض باعتباره مهنة دنيا وأن الرجال يشكلون ٧٠٪ من الطاقم التمريضي في العراق. (٤٩)

لا توجد معلومات تبرر هذا العدد الكبير من الذكور العاملين في مهنة التمريض في العراق، نعتقد أن هذا قد يكون بسبب الهيمنة الإسلامية المتطرفة بعد الحرب وفرص العمل النادرة التي يمكن أن تدفع إلى اختيار المهن التي تضمن وظيفة بشكل سريع بعد التخرج وارتفاع الطلب على العاملين في القطاع الصحي في حالات الحرب.

الأردن:

أول برنامج تمريضي جامعي في الأردن أسس عام ١٩٧٢ في الجامعة الأردنية، وحتى العام ١٩٨٢ كان الانضمام لهذا البرنامج حصراً على الإناث.

حسب إحصائيات العام ٢٠٠٥ فإن الأردن لديه الآن ٩ برامج تمريضية جامعية، وطلاب التمريض الذكور يمثلون ما نسبته ٦٥٪ مما مجموعه ٦١٠٦ طالب وطالبة تمريض مسجلون في البرامج التسعة. (٥٠)

نسبة الطلاب الذكور أعلى من المتوسط العالمي ويعتبر علامة إيجابية تكسر النظرة السائدة لمهنة التمريض كمهنة نسائية.

في الوقت الحاضر لدى الأردن نظام تعليمي للتمريض متطور يمنح درجة البكالوريوس، وتعتبر هذه الدرجة متطلب لممارسة مهنة التمريض، واللغة الانجليزية هي اللغة الرسمية للتعليم في كليات التمريض.

حسب إحصائيات العام ٢٠١٧ فإن في الأردن ٣٠٠٠٠ ممرض وممرضة مسجلين في نقابة الممرضين و ١٤٥٠٠ ممرض وممرضة ممارسون للمهنة، بزيادة سنوية تقدر ب ١٥٠٠ ممرض وممرضة. و ٥٠٪ من الكادر التمريضي في الأردن يتشكل من ممرضين.

حقق الأردن تحسناً ملحوظاً في الصورة الاجتماعية لمهنة التمريض، ولديه العديد من البرامج التمريضية التعليمية بدعم من الأميرة منى الحسين رئيسة المجلس العام للتمريض في الأردن.

على الرغم من هذا التغيير المهم في الصورة الاجتماعية وجهود الهيئات الإدارية لا يزال المجتمع ينظر إلى التمريض على أنه مهنة نسائية قائمة على مهام غير محددة.

وعلى الرغم من صورتها كمهنة نسائية، تشير الدراسات إلى رفض النساء لاختيار هذه المهنة بسبب الدوام الليلي، والعديد من الممرضات يتركن ممارسة المهنة عندما يتزوجن إذا سمح الوضع الاقتصادي للعائلة بذلك.

تجدر الإشارة إلى أن التأثير الثقافي الإسلامي المذكور في دول الخليج ليس بذات القوة في الأردن، والعجز في طاقم التمريض يرجع إلى العوامل التالية: (٥٢،٥١)

١. وقوع العبء الأكبر من الواجبات المنزلية على عاتق النساء لا يتوافق مع ظروف العمل التي تشمل ورديات

وساعات عمل طويلة.

٢. الأجور المنخفضة.

٣. في الأردن كما في لبنان، هناك مشكلة خطيرة تتمثل في هجرة الممرضات والممرضون للعمل في الخليج

مدفوعين بالرواتب العالية وسهولة التعامل مع المرضى كونهم يتشاركون معهم في اللغة والثقافة. (٥٣)

نسبة ترك الممرضين لوظائفهم في الأردن تقدر ب ٣٦,٦٪ وتميل إلى الزيادة، يعمل معظم الممرضون

والممرضات لمدة عامين في الأردن للحصول على الحد الأدنى من الخبرة المطلوبة للعمل في الخليج، ثم يغادرون

البلاد بحثاً عن راتب أفضل. (٣٣)

٤. مواجهة هذا البلد الصغير ذو المستوى الاقتصادي المعتدل والمحدود اليوم لزيادة في عدد السكان لم يسبق له

أ مثيل من قبل بسبب الحروب في البلدان المجاورة وارتفاع مستوى الهجرة إلى حدوده، وهو وضع يسبب عبء

إضافي على النظام الصحي ويشكك في نوعية الخدمات المقدمة.

يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أن القطاع الصحي الخاص يمثل ٤٧٪ من إجمالي الخدمات الصحية ومعظم المواطنين

لا يستطيعون تحمل تكاليف العلاج في القطاع الخاص وبالتالي فإن الضغط الأكبر يقع على القطاع العام. (٣٣)

الكويت:

يوجد في الكويت ٣ مستويات من التعليم التمريضي، برنامج مدته ٣ سنوات تم تأسيسه في عام ١٩٦٢، وآخر مدته

عامين ونصف يمنح شهادة ممرض مساعد تم تأسيسه في عام ١٩٧٤ وآخر يمنح درجة البكالوريوس مدته ٤

سنوات تم تأسيسه في عام ١٩٨٢. (٤٤)

مثل البلدان المذكورة أعلاه، في الكويت ثقافة المجتمع الكويتي والقيم الدينية تؤثر سلباً على صورة مهنة التمريض

ومكانتها. (٢٢)

على الرغم من الجهود التي تبذلها السلطات التعليمية في الكويت لم يكن من الممكن زيادة عدد الطلاب المسجلين في

التمريض، ويرجع ذلك إلى عدم تشجيع الطلاب لاختيار التمريض كمهنة بسبب صورتها الاجتماعية.

منزلة مهنة التمريض في المجتمع الكويتي منزلة متدنية، ينظرون إليها كمهنة سلبية بدون سلطة أو مشاركة في صنع

القرار وبدون معرفة علمية خاصة، وتعتبر الممرضات خادמות للمرضى تحت إشراف الأطباء.

بالإضافة إلى ذلك، لا تختار النساء هذه المهنة حتى لا تنتهك المعايير الثقافية والدينية من خلال العمل مع الرجال

ولساعات طويلة وفي نوبات ليلية. (٤٤)

في دراسة شملت ٨٠ ممرضة كويتية أكد المشاركون أنهم يواجهون العديد من التحديات بما في ذلك انخفاض الأجور ونقص الدعم الأسري وعدم المرونة في جداول العمل وعدم الوصول إلى التعليم المتقدم والصورة الاجتماعية السلبية وعدم الاحترام من قبل العاملين غير المسلمين في القطاع الصحي. (٢٢)

ومن العوامل الأخرى التي تلعب دوراً في عجز الموظفين الوطنيين في البلاد: نقص الموظفين، عبء العمل المرتفع، العمل الإضافي ونقص الدعم والبرامج التعليمية باللغة العربية. (٤٤)

بسبب كل ما ذكر سابقاً، الكويت بلد آخر يعتمد على موظفي التمريض الوافدين، حيث تشير الإحصائيات إلى أن الكادر التمريضي في الكويت يتكون من ٦,٦٪ ممرضين محليين والباقي وافدين. (٤٤)

يوجد في الكويت موظفو تمريض من ٣٥ جنسية، معظمهم من الهند والفلبين وأقلية من الممرضات العرب من البلدان المجاورة، ونظراً للنسبة العالية من المغتربين الذين لا يتحدثون العربية فإن اللغة الإنجليزية هي اللغة الرسمية في المرافق الصحية. (٢٢)

#### لبنان:

لقد تأثر تطور مهنة التمريض في لبنان بسنوات الحرب الأهلية الطويلة وبعدم الاستقرار السياسي في البلاد منذ عقود.

لا يوجد الكثير من البيانات المتاحة عن حالة المهنة في لبنان، من ناحية يرجع ذلك إلى عدم وجود خطة وطنية للترقية والتعيين وعدم وجود نظام مراقبة وعدم وجود استراتيجية وطنية للاحتفاظ بموظفي التمريض، ومن ناحية أخرى يزداد الوضع تعقيداً بسبب التوظيف النشط للممرضات في دول الخليج وثقافة الهجرة المهيمنة في لبنان والصعوبات المؤكدة في الاحتفاظ بالممرضات والممرضين المؤهلين. (٥٤)

نقابة الممرضين والممرضات هو الجهاز التنظيمي للمهنة في لبنان، أنشئ في عام ٢٠٠٢، والتسجيل في النقابة هو مطلب للتمكن من ممارسة المهنة في لبنان. (٥٥)

يوجد في لبنان ثلاثة أنواع من برامج التمريض، الأول أكاديمي يتضمن ٣ سنوات دراسية ويسمح بالحصول على درجة في التمريض، وآخر فني يمنح شهادة فني عالي مع ثلاث سنوات من الدراسة، والثالث فني أيضاً ويمنح شهادة درجة تقنية، جميعهم يدرسون باللغة الإنجليزية أو الفرنسية.

وفقاً لمقال نُشر عام ٢٠١٠، حتى ذلك التاريخ كان لبنان يفتقر إلى نظام وطني موحد لاعتماد التعليم الرسمي للتمريض ومراقبته في البلاد، وبالتالي لا توجد دراسات استقصائية بأرقام رسمية تشير إلى الوضع الحالي.

تشير نقابة التمريض في تقريرها لعام ٢٠٠٩ إلى أن لبنان لديه ١,٠٠٠ ممرض وممرضة، ٤٦٪ منهم من حملة البكالوريوس. (٥٦)

معظم الممرضات والممرضين في لبنان صغار السن بسبب ارتفاع معدل الهجرة بين خريجي التمريض، ويقدر أن ٦٠٪ من الخريجين فقط ما زالوا يعملون في البلاد والباقي غادر للبحث عن فرص أفضل خارج البلاد. (٥٦) ويشير مصدر آخر للإحصاء إلى أن ٢ إلى ١٠٪ فقط من الممرضات والممرضين يهاجرون، خلافاً للرقم المذكور أعلاه، قد يشير هذا التناقض إلى حقيقة أن هناك هجر للمهنة ولكن ليس بالضرورة بهدف الهجرة خارج البلاد. (٥٦) وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (٢٠٠٦) في لبنان هناك ١,١٨ ممرضة لكل ١٠٠٠ نسمة، بينما المتوسط العالمي ٤,٠٦ لكل ١٠٠٠ نسمة، (٥٧) وهذه هي ثامن أدنى كثافة للتمريض في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بمتوسط ٢,٢٠ لكل ١٠٠٠ نسمة في المنطقة. (٥٤)

تؤكد الدراسات وجود مشكلة خطيرة تتعلق بمستوى الرضا المنخفض للممرضات في لبنان وعزمهم على مغادرة البلاد للعمل في الخارج، ومع ذلك لا توجد دراسات تتعلق بظروف العمل لدراسة سبب هذه الظاهرة ولا توجد استراتيجيات لخفض هذا التوجه. (٥٤)

مقال بعنوان ظروف العمل التمريضي والنية لترك العمل في المستشفيات اللبنانية: الآثار المترتبة على السياسات والممارسة أشار إلى أن هناك مشاكل خطيرة متعلقة بأجواء أو ظروف العمل التي يعيشها الممرضون والممرضات، بعضها يلعب دور مباشر في التوجه لترك العمل، يذكر منها المستوى المتدني لمساهماتهم في اتخاذ القرارات السريرية والذي يدل على الدعم المؤسسي المتدني والذي بدوره يدل على عدم أو قلة فرص التطور المهني. (٥٤)

نسبة ترك العمل تشكل ٧٨,٩٪ وتعتبر عائق آخر في وجه تطور المهنة في لبنان بالإضافة لتركز الممرضين والممرضات في المدن مما يؤدي إلى نقص هام في المناطق القروية. (٢٩)

للتلخيص، المشاكل الرئيسية المتعلقة بتطوير مهنة التمريض في لبنان هي: (٥٥)

- عدم وجود خطة وطنية للترقية والتعيين، مما يتسبب في انخفاض مستوى الالتحاق ببرامج التمريض.
- عدم تنظيم وتوحيد دراسات التمريض.
- مستوى الهجرة العالي: ٢٠٪ من الخريجين يهاجرون البلاد خلال العامين الأولين بعد التخرج.
- انخفاض معدل الاحتفاظ بالموظفين بسبب عدم وجود استراتيجيات وطنية للاحتفاظ.

- الكثافة العالية في المناطق الحضرية.

عمان:

ممارسة مهنة التمريض في عمان بدأت في العام ١٩٥٠ وتم الاعتراف بها رسمياً في العام ١٩٧٢. الحكومة العمانية أبدت اهتماماً بتطوير برامج تعليمية لتقليل الاعتماد على الكوادر الوافدة ووفرت الدعم لمواطنيها لدراسة البكالوريوس والدرجات العليا في التمريض في الخارج. على الرغم من ذلك فإن عدد العمانيين الذين يمارسون التمريض السريري لم يرتفع، وذلك يعود إلى أن معظم العائدين بدرجات عليا في التمريض شغلوا مناصب إدارية وتعليمية. (٥٨)

تشير إحصائيات عام ٢٠٠٨ أن عمان لديها ١٨٠ حامل لدرجة البكالوريوس و ٤٠ لدرجة الماجستير. (٥٨)

فلسطين:

هناك القليل من المعلومات حول مهنة التمريض في فلسطين، ونعتقد أن ذلك بسبب السنوات الطويلة تحت الاحتلال الإسرائيلي منذ عام ١٩٤٨ وحتى اليوم.

في الضفة الغربية حيث يقيم ٢,٦ مليون نسمة، ٨٠٪ منهم فلسطينيون فإن أولويات الحكومة الفلسطينية تتركز على توفير الخدمات الاجتماعية الأساسية نظراً لمحدودية الموارد والقيود المفروضة على الحركة والتصدير. تواجه المستشفيات في فلسطين العديد من الصعوبات، بما في ذلك نقص المعدات والإمدادات الطبية وانقطاع التيار الكهربائي ونقص مصادر الطاقة.

وزارة الصحة في السلطة الوطنية الفلسطينية هي الجهة المسؤولة عن تنظيم الممارسة الطبية والتمريضية وتعتمد على دعم الهيئات الدولية لتوفير الاحتياجات الصحية الأساسية. (٥٩)

على المستوى الهيكلي التنظيمي تركت وزارة الصحة التمريض تحت وصف هيئة تابعة وتدار من قبل الأطباء.

لدى الضفة الغربية مستويين من تعليم التمريض في سبع جامعات وتتم الدراسة باللغة الإنجليزية.

لممارسة المهنة، يجب على الخريجين تقديم طلب لوزارة الصحة الوطنية الفلسطينية وهي المصدر الوحيد لتوظيف الممرضات.

تعتبر عملية التوظيف هذه واحدة من التحديات التي تواجه الممرضات في الضفة الغربية، بالإضافة إلى القيود التي يفرضها الاحتلال الإسرائيلي مثل تقييد الحركة ونقاط التفتيش المتعددة للجيش الإسرائيلي والجدار المبنى حول المنطقة.

يجب أن يوضع في الاعتبار أن القيود المذكورة والمتعلقة بالاحتلال الإسرائيلي هي عوائق يواجهها الممرضون

يوميًا للوصول إلى مكان عملهم، وداخل أماكن العمل مثل بقية العاملين في القطاع الصحي يعانون من نقص الموارد الطبية والعجز في الموظفين وظروف العمل المرهقة للغاية والمتطلبة كما هو متوقع في حالة الاحتلال العسكري حيث الحاجة إلى الرعاية الصحية أعلى بكثير من أي بلد آخر.

كشفت دراسة أجريت لدراسة تجربة الممرضات الفلسطينيات في الضفة الغربية والتحديات اليومية عن القضايا التالية المثيرة للقلق بالنسبة لمن أجريت معهم المقابلات: (٥٩)

١. الصدمة والإذلال: ارتفاع معدل الإصابات والوفاة والشعور المستمر بالعجز وعدم القدرة على تحسين نتائج الرعاية بسبب نقص الموارد ونقاط التفنيس التابعة للجيش الإسرائيلي التي يمكن أن تسبب اشتباكات وتأخير على أساس يومي.

٢. الصراعات المتعلقة بالدور الشخصي والمهني: الناجمة عن صعوبة التوفيق بين الأسرة والعمل، في معظم الحالات يتسبب العمل في تقنين الوقت المتبقي للقيام بالواجبات الأسرية بسبب عبء العمل المرتفع وساعات العمل الإضافية اللازمة لتلبية احتياجات المجتمع في إطار العمليات العسكرية المستمرة والخوف من العودة إلى ديارهم في وقت متأخر ونقص وسائل النقل الليلي.

٣. التحيز السياسي في مكان العمل والصعوبات التي يولدها في إدارة ممارسة المهنة: يظهر المديرون عدم تفهم للصعوبات التي يواجهها طاقم التمريض وللتأخير الناجم عن الحواجز العسكرية بل وقد يؤثر على الترقية والتوظيف. بالإضافة إلى ذلك، فإن الولاء لأحد الأحزاب السياسية أو غيرها يمكن أن يمنح الفرصة للترقية والتطوير المهني أو يغيبها.

٤. انعدام الوصف الوظيفي الواضح الذي يحدد واجبات كل مهني داخل الفريق الطبي، مما يدفع الممرضين للقيام بمهام بعيدة كل البعد عن دورهم الحقيقي كممرضين. هذا الوضع هو ناتج أيضاً عن النقص في الكوادر البشرية في مواجهة مستوى من الحاجة للخدمات الطبية عالي جداً.

٥. انخفاض الرواتب والتأخير في دفعها بسبب نقص الموارد المالية، مما يدفعهم إلى البحث عن وظيفة ثانية لتحقيق الحد الأدنى من الأمن الاقتصادي.

على الرغم من التحديات والصعوبات الخاصة التي يواجهها الممرضون والممرضات الفلسطينيون، تؤكد الدراسة السابقة أن المشاركين يشعرون بالتزام وواجب قويين تجاه رعاية الأشخاص في مجتمعهم، ويؤكدون دعم أسرهم وتقديرها لعملهم ويعتبرونه مقدساً، والممرضون والممرضات أنفسهم يظهرون مستوى عال جداً من الارتياح كونهم يلعبون هذا الدور المهم في المجتمع.

هذه الصورة الخاصة جداً للتمريض في فلسطين هي أمر متوقع في مجتمع يعاني من القتل كل يوم ولديه حاجة إلى رعاية صحية استثنائية، حيث تتغير التفسيرات الدينية والثقافية جذرياً وتختفي النظرة الدونية لمهنة التمريض والاعتقاد بأنها مهنة نسائية ولكن غير مناسبة للمرأة العربية كما هو الحال في المجتمعات العربية الأخرى. بعض العائلات تنظر لمهنة التمريض نفس النظرة الاجتماعية الموجودة في الدول العربية الأخرى وخاصة في قطاع غزة حيث سيطرة الجماعات الدينية أكثر انتشاراً، ومع ذلك حتى هناك لا تظهر بشكل مكثف ولا هي النظرة المهيمنة.

تحارب مهنة التمريض في العالم العربي ضد القوالب النمطية الاجتماعية والثقافية التي أثرت تاريخياً على تطور المهنة في جميع دول العالم. إن التعاليم الإسلامية التي أسيء تفسيرها والخلط ما بين الدين والثقافة هي عوامل تجعل من هذا النضال أكثر صعوبة، الإسلام المفسر بشكل سليم يشجع على رعاية المرضى دون تمييز من أي نوع، وقد دعم النبي محمد عليه السلام عمل الممرضة الأولى في الإسلام على هذا الأساس. بالإضافة إلى ذلك، يتعين على الدول العربية اتخاذ خطوات جادة نحو تنظيم التعليم والممارسة التمريضية واقتراح استراتيجيات لتعزيز المهنة بهدف الحد من الاعتماد على الموظفين المغتربين ولضمان جودة الرعاية التمريضية التي تحترم الاحتياجات الثقافية للمواطن العربي.





معتقداتك تصبح أفكارك. أفكارك تصبح كلماتك. كلماتك تصبح أفعالك. أفعالك  
تصبح عاداتك. عاداتك تصبح قيمك. قيمك تصبح قدرك

مهاتما غاندي



#### ٣.٤. الثقافة العربية:

العالم العربي مقسم بين آسيا وأفريقيا ويتكون من ٢٢ دولة بما في ذلك الجزائر والبحرين وجزر القمر وجيبوتي ومصر والعراق والأردن والكويت ولبنان وليبيا وموريتانيا والمغرب وعمان وفلسطين وقطر والمملكة العربية السعودية والصومال والسودان وسوريا وتونس والإمارات العربية المتحدة واليمن، ويسكن الوطن العربي ما مجموعه ٤٢٢ مليون نسمة. (٦٠) الشكل (١)

الشكل (١): خارطة الوطن العربي



تعتبر الدول العربية باستثناء دول الخليج من الدول النامية، بالإضافة إلى ذلك تواجه فلسطين والعراق ولبنان وسوريا واليمن العديد من التحديات المتعلقة بتطوير نظامها الصحي وذلك بسبب النتائج الديموغرافية والاقتصادية للحروب التي تعاني منها منذ سنوات.

اللغة الرسمية هي اللغة العربية القياسية الحديثة المشتقة من اللغة العربية الفصحى التي هي لغة القرآن الكريم ولغة الكتابة، وهناك العديد من اللهجات المحكية حيث لكل بلد عربي لهجته المحكية الخاصة.

تتبنى معظم الدول العربية الإسلام كدين رسمي للدولة مع وجود أقلية من المسيحيين.

تشارك المجتمعات العربية في ثقافة عامة رغم وجود اختلافات بين دول آسيا وأفريقيا، وبين دول الخليج وبقية الدول العربية في الشرق الأوسط.

الثقافة هي "النظام الإيكولوجي البيولوجي النفسي الاجتماعي متعدد المستويات ومتعدد الأبعاد والديناميكي الذي

يجمع عدد من السكان في مجتمع ما"؛ إنه نظام تنظيمي يضمن بقاء الأعضاء ورفاههم، ويوفر وسائل مشتركة لإيجاد معنى لأحداث الحياة خاصة في "أوقات الصعوبات والتحديات". (٦١)

توصف الثقافة العربية الإسلامية بأنها ثقافة تركز على الماضي، جماعية، مكثفة السياق، مجردة ذات أسلوب تواصل استنتاجي ضمني. (٦٢)

وفقاً لإدوارد ت. هول، تعتبر الثقافة العربية الإسلامية ثقافة تنحو نحو الماضي: يستند هذا الاستنتاج إلى حقيقة أن العرب يميلون ميلاً كبيراً إلى احترام تقاليد وقيم وعادات الأسلاف، بالإضافة إلى ذلك لغتهم الأم اللغة العربية هي لغة موجهة إلى الماضي كذلك. (٦٢)

فيما يتعلق بالسياق، يصف هول الثقافة العربية بأنها ثقافة ذات سياق مكثف نظراً لأن لكل كلمة بالعربية دلالات كثيرة، وسياق المحادثة فقط هو الذي يمكن أن يحدد المعنى الحقيقي لهذه الكلمة، إلى جانب أن العرب يتحدثون بعبارات وتعابير عامة لأنهم يفترضون أن الطرف الآخر على دراية بكل الدلالات وراء كلماتهم. (٦٢)

وتعتبر ثقافة مجردة لأنها تستمد هويتها من لغتها واللغة شيء مجردة. (٦٢)

وهي ثقافة جماعية بسبب سلوك الالتزام العالي لدى أفرادها تجاه العائلة. (٦٢)

نضيف إلى كل ما سبق أن الثقافة العربية هي ثقافة تجنب للمخاطر، العرب لا يشعرون بالارتياح تجاه التغيير وعدم اليقين، ونتيجة لهذه الخصلة يفضلون التقليد والتحسين بدلاً من الابتكار، ويتقبلون ويحترمون التوزيع غير المتكافئ للسلطة ويعترفون بسلطة الآخرين ولا يشككون في التسلسل الهرمي للسلطة. (٦٢)

أخيراً، إنها ثقافة قائمة على اليقين، يعتبر معظم العرب المسلمون أن معتقداتهم صحيحة ولا يمكن أن تخضع للنقد أو الشك أو الاستبدال. (٦٢)

المكونات التالية للثقافة العربية شائعة في جميع المجتمعات العربية بمستويات متفاوتة وتشكل هويتها الثقافية:

#### ١.٣.٤ الدين:

الدين هو "نظام من الرموز التي تعمل على إنشاء وسائل ودوافع قوية وقابلة للاستمرار ودائمة لدى الناس عند صياغة مفاهيم النظام العام للوجود واللباس، وهذه التصورات مع هذه الهالة من الواقع تجعل من الحالة النفسية والدوافع تبدو واقعية بشكل استثنائي". (٦٣)

في العالم العربي لا يمكنك فصل الثقافة عن الدين، في الواقع العديد من القيم التي تعتبر دينية هي في الحقيقة قيم ثقافية.

النظام العلماني هو النظام المهيمن في البلدان الغربية ويمتاز بفصل الدين عن القوانين التي تنظم حياة الناس، على

عكس ذلك الإسلام في البلدان العربية هو النظام الأمثل للحياة ويؤثر على منظور العرب لقضايا أساسية مثل الحياة والموت والمرض والصحة والعمل.

مع مثل هذا التأثير القوي للدين على الثقافة من المهم معرفة ما هو الإسلام وما هي طقوسه وإلقاء الضوء على وجهة النظر الإسلامية في بعض القضايا المتعلقة بالصحة والمرض.

ستؤدي مراجعة هذا المنظور واحتياجات المريض المسلم ومعتقداته إلى فتح الباب أمام التواصل الفعال والرعاية الصحية الشاملة عالية الجودة. (٦٤)

الإسلام هو ديانة توحيدية إبراهيمية مبنية على الإيمان وتعبّد الله كإله واحد بدأ في العام ٦٢٢ في مكة تحت قيادة النبي محمد عليه السلام، وهو الدين الثاني في العالم من حيث عدد معتنقيه حيث يشكلون ما نسبته ٢٢,٤٣٪ من سكان العالم. (٦٥)

كلمة الإسلام تعني حرفياً "القبول، الاستسلام أو الخضوع"، والإسلام هو الخضوع الكامل لله وإرادته من خلال التوحيد والطاعة والتخلي عن عبادة الأصنام، والشرك هو أخطر خطيئة ولا تغتفر.

"إِنَّ اللَّهَ لَا يَغْفِرُ أَنْ يُشْرَكَ بِهِ وَيَغْفِرُ مَا دُونَ ذَلِكَ لِمَنْ يَشَاءُ وَمَنْ يُشْرِكْ بِاللَّهِ فَقَدْ افْتَرَىٰ إِثْمًا عَظِيمًا". (٦٦)

الكتاب المقدس في الإسلام هو القرآن؛ بعد القرآن الكريم وكذليل مرجعي يتبع المسلمون سنة النبي محمد عليه السلام التي تحفظ سجل أعماله وأقواله وتعاليمه.

الركائز الأساسية للإسلام هي: الشهادة أي أن تقبل أن هناك إله واحد فقط وأن محمد هو آخر وأهم أنبيائه، الصلاة، الزكاة، صيام شهر رمضان، والحج إلى مكة المكرمة.

وفقاً لتعاليم الإسلام يجب على المسلمين أن يؤمنوا بالله وملائكته وكتبه المقدسة وأنبيائه والحياة الآخرة والقضاء والقدر.

الشريعة الإسلامية هي نظام من الواجبات والحقوق وهي القانون الذي ينظم جميع جوانب الحياة لدى المسلمين. يعتبر القانون الإسلامي في معظم الدول العربية قانوناً مهماً للغاية لأنه القانون الذي ينظم معظم القضايا الشخصية مثل الزواج والطلاق والموت والميراث.

على عكس اليهودية والمسيحية يمارس الإسلام علاقة مباشرة بين الإنسان والله، يمكن للعلماء ورجال الدين أن يساعدوا على فهم أو تفسير تعاليم الإسلام لكنهم لا يستطيعون المغفرة أبداً.

وفقاً للإسلام، تم خلق الإنسان لعبادة الله، ولكل مسلم حقوق وعليه واجبات كعضو في المجتمع الإسلامي: (٦٤)

- الواجبات تجاه الله.
  - الواجبات تجاه نفسه: والتي تشمل العناية بجسمه ورعاية العقل من خلال البحث عن المعرفة وتنقية الروح من خلال الصلوات والأعمال الصالحة.
  - حقوق الآخرين:
١. حقوق الأسرة: الحفاظ على الروابط العائلية والأسرة كأساس للمجتمع الإسلامي. في المجتمع العربي الإسلامي، لا يترك الأبناء منزل والديهم حتى يتزوجوا، وفي كثير من الحالات لا يتركونه حتى بعد الزواج لأسباب اقتصادية أو لمجرد احترام تقاليد الأسرة.
  ٢. حقوق الآباء: طاعة الوالدين واحترامهما ورعايتهما هو واجب يرتبط مباشرة بطاعة الله في الإسلام. "وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا، وَخَفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا". (٦٧)

هذا الالتزام الديني تجاه الآباء يجعل من التخلي عن رعاية الوالدين أو إرسالهم إلى دار للمسنين أمرًا مرفوضًا ويثير الامتعاض في المجتمع العربي.

  ٣. حقوق رباط الزوجية، ويقول القرآن: وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً "وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ". (٦٨)
  ٤. حقوق المجتمع والجيران: يجب معاملتهم بشكل جيد ويحظر ازعاجهم أو الإضرار بهم. (٦٩)
- لا يملك جميع المسلمين نفس مستوى الالتزام بالواجبات التي يفرضها الإسلام، البعض أكثر انفتاحًا في فهم تعاليم الإسلام وتطبيقه
- ٢.٣.٤. العائلة:
- من الخصائص العميقة والمتجذرة والتي تحكم الكثير من الجوانب الثقافية في المجتمع العربي هي قيمة ومكانة العائلة.
- هيكل الأسرة العربية المتمثل بوجود دور محددة لكل فرد حيث الأب هو السلطة الوحيدة وصاحب القرار الأخير والأم هي المسؤولة عن رعاية الأبناء وعن توفير جو رفاهي داخل المنزل هو ما يشكل فرقاً ما بينها وما بين الأسرة الغربية.
- في حين يتم تشجيع الاستقلال في الغرب ويتم تقدير الفردية بشكل متزايد، في الثقافة العربية الفرد ليس مهماً، تأتي أهميته من المجموعة التي ينتمي إليها، من أسرته النووية والعائلة الموسعة والمجتمع.
- الأسرة في العالم العربي هي وحدة قوية وذات سلطة، حيث تتخذ القرارات كمجموعة، إجمالاً هدفه هو رفاهي

الجميع، في الواقع رفاه المجموعة أكثر أهمية من سعادة الفرد، ويشعر العرب عموماً بالذنب عندما يعطون الأولوية لأنفسهم، وهذا ينطبق على القرارات المتعلقة بالصحة والمرض.

العاملون في القطاع الصحي يشركون المعلومات حول الوضع الصحي لفرد ما مع أفراد أسرته المقربين ويتوقعون منهم الدعم والمساهمة في رعايته.

يكتسب الفرد في المجتمع العربي تقديره وقيمه من قيمة الأسرة أو العائلة، وكونه جزءاً من العائلة يمنحه الشعور بالأمن والدعم.

يتم التعامل مع كبار السن باحترام كبير ويتم تقديرهم لتجربتهم في الحياة وتقانيهم طوال حياتهم من أجل أسرهم، لا يتباهى الأبناء في الأسرة العربية بفضلهم الخاص في تحقيق النجاح في الحياة بل يشكرون والديهم وأجدادهم وأشقاءهم الأكبر سناً على دورهم في تنمية شخصيتهم ومهنتهم وحياتهم الشخصية والعائلية.

الأطفال يحظون بتقدير خاص في المجتمع العربي، فالأبناء هم مصدر فخر وهيبة ويمدون والديهم بهدف في هذه الحياة.

تقدير الفردية في المجتمع الغربي يترجم إلى تصرفات تحكم وتقود العلاقة العلاجية، على سبيل المثال المرضى في المجتمع الغربي هم ذوي عقلية منفتحة فيما يتعلق بالتواصل، ووفقاً لما ذكره أورلينك وبيير، "فإن المرضى في الغرب يتوقعون أن تستمع الممرضة إليهم وتزودهم بالمساعدة والدعم اللازمين لحل مشكلاتهم الشخصية والخاصة. خلافاً للعرب ومع تأثير ثقافة تعزز أهمية وحدة الأسرة وتؤكد أنها أهم من الفردية، فإن العلاقة العلاجية تنحى منحاً يعزز الولاء العائلي والجماعي بدلاً من الاستقلال والاكتفاء الذاتي." (٧٠)

#### ٣.٣.٤. التواصل:

أسلوب التواصل عند العرب أسلوب ضمني استقرائي، حيث إن الرسالة الخفية الضمنية هي الرسالة الأساسية التي يودون إيصالها، فيلاحظ أنهم يستخدمون عبارات عامة دون تفاصيل، وذلك يعود إلى كون أن اللغة العربية هي لغة تحمل الكثير من المعلومات الموروثة خلف كل كلمة، ولذلك فإن العرب لا يشعرون بالحاجة إلى شرح الكثير من التفاصيل لأن التواصل باللغة العربية ينقل الكثير من المعلومات الضمنية في اللغة نفسها. (٦٢)

في الثقافة العربية التواصل المفتوح مع الأشخاص خارج وحدة الأسرة أو المجموعة ليس بالأمر الشائع، وهي صفة قد تجعل من الصعب على الطاقم الطبي القيام بمهامه خاصة فيما يتعلق برعاية المشاكل العاطفية والاجتماعية.

في دراسة أجريت في الإمارات العربية المتحدة، طُلب من الممرضات المشاركات استخدام مقياس يشير إلى كيفية تصوّرهم وفهمهم للتعاطف العلاجي واستخدامه في مجال الأمراض النفسية.



أحد العناصر التي تمت دراستها في هذه الدراسة هو اعتبار تقييم ومعالجة مشاعر المرضى سلوك تعاطفي أم لا؛ أجاب المشاركون بتأكيد أن معالجة المشاعر هو من السلوكيات التي لا يعتبرونها سلوكاً تعاطفياً، ربط مؤلف هذه الدراسة هذه النتيجة بمقاومة التعبير عن المشاعر في الثقافة العربية وقال أن هذه النتيجة تظهر أن علاقة الممرضة والمريض في الثقافة العربية لا تركز على مشاركة المشاعر.

كما أظهرت هذه الدراسة أنه على الرغم من أن التعليم التمريضي في الإمارات يعتمد على النماذج الغربية، إلا أن القيم الثقافية لها تأثير حاسم على الممارسة التمريضية، فيبرز على سبيل المثال القيود الاجتماعية المفروضة فيما يتعلق بالتوصل مع الجنس الآخر، فهو ليس تواصلاً مفتوحاً كما في الغرب، هو بالأحرى محدود جداً ومراقب، هذا القيد يمكن أن يحد من التفاعلات ما بين الممرضات والمرضى الذكور ويمنع الممرضين من توفير الرعاية التمريضية للمرضى من الإناث. (٧٠)

في حين يجد العرب صعوبة في التواصل مع الغرباء وفي التعبير عن مشاعرهم بانفتاح، فإنهم يتصرفون بحرية تامة في بيئتهم مع المعارف والأقارب وهم متوفرون دائماً وبدون حد، مما يحد من خصوصية الأفراد والعائلات، نضع كمثال الزيارات دون سابق إنذار تعتبر طبيعية جداً ومقبولة لدى معظم العائلات في المجتمع العربي. وأخيراً، فإن العرب يؤخذون الالتزامات الاجتماعية على محمل الجد، وذلك يشمل الالتزامات الاجتماعية في حالات الزواج والموت والمرض، إلخ. المشاركة في هذه اللحظات والمساهمة في النفقات تعتبر أمر إلزامي، على الرغم من أنها تتطلب على جهد مادي واقتصادي وتضحية بالوقت.

#### ٤.٣.٤. عدم المساواة بين الجنسين:

يختلف دور الفرد المرتبط بجنسه في الأسر العربية باختلاف البنية الدينية وتاريخ العائلة، ويتأثر بالانتقال الثقافي والتوجه نحو العولمة، لكن عموماً المجتمع العربي هو مجتمع ذكوري، فالرجل هو رب الأسرة وسيدها وهو الذي يتخذ القرار النهائي في كل ما يخص شؤون أسرته، وعلى الرغم من أن المرأة العربية نشطة للغاية اليوم في سوق العمل فإنها لا تزال مسؤولة عن الواجبات المنزلية مما يجعلها تقوم بعملين وهذا يشكل ذلك ظلماً اجتماعياً مضاعفاً. (٧١)

ليس من السهل وصف حال المرأة في العالم العربي الإسلامي نظراً لوجود العديد من الاختلافات بين الدول والمعتمدة على طريقة فهم وتفسير قواعد الدين ومستوى الالتزام بتلك المعايير وبحسب الطبقة الاجتماعية والنطاق الجغرافي والمستوى الدراسي والحقوق التي اكتسبتها بالقانون في كل بلد. (٧٢)

"في معظم البلدان الإسلامية التقليدية، كما هو الحال في المملكة العربية السعودية فإن المرأة تعيش حالة من

الخضوع للرجل وحياتها مكرسة حصرياً لمحيطها الأسري. ولكن في بلدان أخرى مسلمة أيضاً دخلت المرأة المجال العام وانضمت إلى عالم العمل والعلوم والسياسة واحتلت حتى أعلى المناصب كما يحدث مع النساء الغربيات (...)." (٧٢)

على الرغم من أن الصورة الخائفة للمرأة العربية في الغرب ترتبط بالإسلام، إلا أن الأصل التاريخي لدور المرأة في المجتمع وعدم المساواة بين الجنسين ليس في الحقيقة ثمرة للتعاليم الإسلامية، ووفقاً للمودوفار فإن عزل المرأة المسلمة في بيتها والحد من حياتها الاجتماعية في بيتها العائلية ليس من سمات الثقافة الإسلامية ولا هو معيار ديني. (٧٢)

"عزل المرأة تم تطبيقه تقليدياً من قبل الرجل لحماية من الرجال الآخرين، وهذا ثمرة التعليم الذي تلقونه منذ الصغر والذي يعزز فكرة أنه لا امرأة جديرة بالاحترام غير نساء عائلته وأنهن خلقن لإرضاء شهوات الرجل وبالتالي فإن العلاقة الوحيدة التي يمكن لهم تخيلها ما بين الرجل والمرأة هي علاقة جنسية"، (٧٢) وبالتالي هم دائمو الاعتقاد أن هذه هي نظرة الرجال لزوجاتهم وبناتهم وأخواتهم وأن الطريقة الوحيدة لحمايةهن هي عزلهن. إن الحجاب في هذا السياق نفسه يعتبر أداة لحماية النساء عندما يخرجن للعامة، وهو أيضاً رمز للانتماء والاحترام لمساحتهن الخاصة ومرجعهن الذكوري، وكان في أصوله حصرياً لنساء الطبقة العليا اللواتي كان لديهن المقدرة الاقتصادية على عزل أنفسهن في المنزل لرعاية الأسرة دون الحاجة للخروج للعمل وكسب المال لإعالة الأسرة، في الواقع فإن نمط حياة تلك النساء تحول إلى رمز للأستقرارية في ذلك الزمن.

كما ذكرنا سابقاً، هناك خلط كبير بين القواعد الإسلامية والأعراف الثقافية، ويجعل من الصعب الفصل بين التفسيرات المشوهة لتعاليم الإسلام والأصلية منها.

في العالم العربي اليوم، هناك العديد من النساء اللواتي تجاهلن المعايير الثقافية للقتال من أجل مساواة المرأة وحريتها، وهن نساء ذوات مستوى تعليمي عالي أدركن أن الدين كان دائماً يفسر من قبل الرجال، واخترن العثور على مكان لهن في عالم الدراسات الدينية ليصبحن قادرات على الدفاع عن حقوق المرأة على أساس الدين نفسه. (٧٣)

ربما تحتاج النساء العربيات الكثير من الوقت للوصول إلى حالة من المساواة مع الرجال في مجتمع يتشبث بالذكورية، مساواة في الواجبات والحقوق على جميع المستويات، ابتداءً من المنزل وانتهاء بالفرص التعليمية والمهنية لكن هناك تطورات هامة وتغيرات جذرية لوحظت في بعض الدول العربية.

#### الصحة والمرض

تؤثر الثقافة والمعتقدات الدينية على منظور الأفراد والمجتمعات للصحة والمرض وذلك لأنها تعدل تلك المفاهيم على المستوى الجسدي والروحي كما تغير طريقة عيش الألم والتعبير عنه والاستجابة العاطفية للتشخيص وتطور المرض ومفهوم استقلالية المريض. (٦١)

على الرغم من اختلاف مستويات الالتزام بقيم الإسلام، بالنسبة للمسلمين الله هو المعالج وبدون إرادته لا يكفي الدواء وحده للحفاظ على الحالة الصحية للفرد و/ أو استردادها، والفرد ملزم بالعناية بجسده لأنه هبة من الله. يعتقد المسلمون أن المرض والمعاناة جزء من الحياة وإرادة الله، وأن المعاناة الجسدية والعاطفية التي يسببها المرض تعتبر بمثابة اختبار روحي من الله وفرصة للتكفير عن الذنوب، كما قال النبي محمد عليه السلام: "ما يصيب المسلم من نصب ولا وصب ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم حتى الشوكة يشاكها إلا كفر الله بها من خطاياها". (٧٤)

وفقاً للفلسفة الإسلامية للحياة فإن الألم والمعاناة لها بعد متعالٍ سامي. (٧٥) "[...] وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ". (٧٦)

الإسلام يحث المسلمين على رعاية أجسادهم ويشجع الممارسات الصحية مثل النظافة والغذاء الصحي وتجنب المواد الضارة والحفاظ على نمط حياة متوازن.

بالنسبة للمسلمين، الله هو خالق الحياة ولا يمتلك أي شخص حياته؛ لذلك عليهم الالتزام بالعناية بأجسادهم وعقولهم وأرواحهم ومن المحظور إيذاء النفس أو الانتحار أو تمني الموت.

في نفس الوقت يعلم الإسلام ويشجع البحث عن الشفاء. (٧٨،٧٧)

بالإضافة إلى ذلك يمنح الإسلام الحق في رفض العلاج عندما تكون فائدته غير واضحة أو محدودة. (٧٤)

في الوقت الذي يشجع فيه الإسلام على ضرورة الاعتناء بالنفس، يمكن لمفهوم القدرية أن يثير موقفاً سلبيًا ويمنع من ممارسة دور نشط في الرعاية وتحسين الحالة الصحية، مما يجعل دور العاملين في القطاع الصحي أمراً صعباً، على الرغم من أن هذا المفهوم يعتبر عامل دعم عاطفي وروحي يساعد المسلمين على تقبل واقعهم وإيجاد معنى للمعاناة.

من الركائز الهامة الأخرى في تعاليم الإسلام المتعلقة بالصحة أنها تعزز فهم الإنسان كجسم وعقل وروح.

أكدت دراسة شملت ٨٠ ممرضة كويتية تهدف إلى إبراز قيم الإسلام التي تؤثر على الممارسة التمريضية، ما أكدته دراسات أخرى عن التمريض من منظور إسلامي من أن المشاركين لا يفصلون أي شيء في ممارستهم التمريضية عن الإسلام، فهم يؤمنون أن الله هو خالق الحياة وتعاليمه متكاملة ومتوافقة مع الرعاية الشاملة للفرد. (٢٢)

من بين المواضيع التي تم إبرازها في المقابلات التي أجريت في هذه الدراسة لفت نظرنا فكرة الإيثار فبالنسبة للمشاركين فإن علاقة المساعدة والرعاية بين البشر هي روح الإسلام ويعتبرونها التزام ديني وفي نفس الوقت مصدر للنمو الروحي والرضا. ويعتقد المشاركون أن قيم الإسلام لها تأثير إيجابي جدا على ممارستهم العملية للتمريض وتساعدهم على تقديم رعاية مهنية وإنسانية عالية الجودة، ويعتقدون أيضاً أنه كلما كانوا قريبين من الله وأكثر فهماً للدين كانوا أكثر قدرة على الكشف عن احتياجات مرضاهم.

بالنسبة لهم فإن كل العبادات المطلوبة في الإسلام (الشهادة، الصلاة، الصوم، الزكاة، حج بيت الله الحرام) تعزز الفهم الأفضل للآخر والشعور بالالتزام بمساعدته، على سبيل المثال فإن الزكاة تعلم تقاسم الثروة مع المحتاجين، والصوم يعلم الإحساس مع الفقراء الذين ليس لديهم ما يكفي من الطعام، والحج يفهم أن جميع الناس سواسية عند الله.

موضوع آخر مثير للاهتمام هو النظر إلى جميع أنواع الرعاية كـ رعاية روحية، وذلك بسبب الفهم الشامل للإنسان. أكد بعض المشاركون بأنهم يصلون من أجل المرضى ويرون أنه جزء من عملهم ولا سيما في رعاية المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وعندما يقتربون من الموت وذلك بهدف مساعدتهم على إتمام واجباتهم الدينية قبل الموت.

وأخيراً، يعتقد المشاركون أن هذا المزيج الثقافي في العمل بسبب ارتفاع نسبة المغتربين يمكن أن يكون فرصة لتغيير صورة الإسلام، وجعل العالم يرى الوجه الحسن لهذا الدين.

اعتبارات خاصة متعلقة بالصحة: (٨٠،٧٩،٦٤)

١. المسلمون يفضلون تلقي الرعاية الصحية من قبل شخص من نفس الجنس، وإذا لم يكن ذلك ممكناً، وفي حالة أن مقدم الرعاية هو رجل يجب وجود امرأة تصاحبه خلال تقديم الرعاية لمریضة أنثى أو أن يتم ذلك بوجود أحد أفراد أسرة المريضة.

في القانون ٢٥/٣١ لعام ٢٠١٨ من الدستور الأردني وفي المادة ٨ يحظر التقييم السريري لشخص من الجنس الآخر دون وجود شخص ثالث إلا في حالات الضرورة الملحة. (٨١) وفي البحرين أيضاً يظهر في قائمة حقوق المريض توفر شخص من نفس الجنس في حالات الكشف السريري التي تحتاج كشف أعضاء من الجسد.

٢. يجب أن يقتصر كشف جسد المريض المسلم على الحد الأدنى الضروري، ويجب طلب الإذن قبل ذلك وشرح السبب.

٣. الاتصال الجسدي مع الجنس الآخر غير معتاد ويجب أن يقتصر على ما هو ضروري.

٤. يجب عدم إساءة فهم تجنب تبادل النظرات المباشر بين الرجال والنساء على أنه عدم ثقة أو علامة على الرفض أو عدم الاهتمام بدلاً من معناه الحقيقي الدال على الحياء والتواضع عند العرب.

٥. طلب الإذن قبل الدخول إلى غرفة المريض المسلم سيحظى بتقدير عالي من قبله.

٦. ليس من المعتاد أن تظهر الزوجة المسلمة مشاعرها أمام الغرباء، وهو موقف يمكن أن يساء فهمه من قبل العاملين في مجال الصحة كدليل على خلل وظيفي في الأسرة أو انعدام المودة والاهتمام.

٧. الحاجة للوضوء قبل الصلاة.

٨. يحظر الإسلام استهلاك الكحول ومنتجات الخنزير والدم وكل الحيوانات ذات الأظافر أو الأنياب وجميع الحيوانات المذبوحة دون تسمية الله عليها (والتي تعرف بالأطعمة المحرمة).

٩. الطعام عنصر ثقافي مهم جداً في الثقافة العربية، مما يسبب الإصرار على إطعام المريض حتى عندما يكون وضعه لا يسمح بذلك.

١٠. استخدام اليد اليمنى أفضل من اليد اليسرى.

١١. تعتبر الحياة الجنسية تابو والسؤال عنها غير مسموح.

١٢. الفصل بين الجنسين في الغرف أمر أساسي.

١٣. الصوم خلال شهر رمضان واجب إسلامي مهم جداً، وبعض المسلمين يصرون على ممارسته حتى وهم مرضى، وهو شيء يجب أن يحترم على الرغم من أن التعاليم الإسلامية تسقط عن المريض واجب الصوم.

١٤ - فيما يتعلق باستخدام المسكنات علينا أن نضع في اعتبارنا أمرين: أهمية تخفيف المعاناة التي يشجع عليها الإسلام، والحفاظ على مستوى من الوعي أقرب ما يمكن من درجات الوعي الطبيعية والتي تمكن المريض من مواصلة القيام بواجباته الدينية، من المهم الذكر أن من الصعب جداً تلبية هذا التوازن في حالة الأمراض المزمنة المتقدمة، لذلك، ينبغي شرح مزايا وسلبات المسكنات القوية للمريض والذي قد يفضل تحمل درجة معينة من الألم أو المعاناة على فقدان القدرة على عبادة الله في الأيام الأخيرة من حياته.

١٥. فيما يتعلق بالمعلومات التي تعطى للعائلة حول الزمن المتبقي للمريض قبل الموت يجب أن ندرك أن الأسر

المسلمة تميل إلى التشكيك بأي معلومة تعطي زمناً قاطعاً ودقيقاً، ويشعرون براحة أكبر مع إجابات مثل: "إن الله

وحده يعلم" "لا يمكننا أبدا أن نعرف على وجه التأكيد".

١٦. يوصي الإسلام بترك وصية جاهزة وتحديثها من وقت لآخر.

١٧. تلعب الأسرة دوراً أساسياً في الرعاية الصحية وتعتبرها واجباً دينياً واجتماعياً، وغالباً ما يكون أحد الأقارب هو مقدم الرعاية الرئيسي.

١٨. لكبار السن مكانة مرموقة في الأسرة العربية، وفي كثير من الحالات هم الذين يتخذون القرارات المتعلقة بصحة أفراد الأسرة. (٦١)

١٩. تعتبر الزيارات واجبا دينيا واجتماعيا ومصدرا هاما لدعم المريض العربي.

٢٠. تشجع الثقافة والدين في الدول العربية الرضاغة الطبيعية حتى عامين.

٢١. يجب على جميع الذكور الخضوع لعملية الختان قبل البلوغ.

#### الموت والروحانية:

بالنسبة للمسلمين فإن الخلق والموت ويوم القيامة جميعها أمور مقدسة ومحددة سلفاً، ولهذا السبب فإن الحياة بالنسبة لهم هي إعداد النفس للمرور بمرحلة الموت للوصول للحياة الآخرة. (٦٤)

يقول القرآن عن الخلق والموت:

"وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِّن طِينٍ، ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ، ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ، ثُمَّ إِنَّكُمْ بَعْدَ ذَلِكَ لَمَيِّتُونَ، ثُمَّ إِنَّكُمْ يَوْمَ الْقِيَامَةِ تُبْعَثُونَ". (٨٢)

من وجهة نظر إسلامية، الموت هو انتقال من الحياة المؤقتة إلى الأبدية، المسلمون لا يعتبرون الموت ظاهرة سلبية، بالنسبة لهم الموت حالة إيجابية، الموت كما الحياة كلاهما حالة خلق.

يعتقد المسلمون أن لحظة الموت محددة سلفاً من قبل الله، وعندما يحين الوقت لا يمكن لأحد أن يوقفها، ويشعرون أنه من الخطأ أن يقاوموا عندما تكون إرادة الله واضحة، فالنبي محمد عليه السلام أشار إلى أهمية الحديث عن الموت والتحضير له. (٦٤)

"كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَنَبَلُّوكُم بِالشَّرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةً وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ". (٨٣)

الروحانية في اللغة العربية تأتي من كلمة روح وهو مصطلح موصوف في القرآن على النحو التالي: "[...]

وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا". (٨٤)

وهذا يعني إن الله وحده يعلم ماهية الروح وأن البشر لا يمتلكون القدرة على فهم سرها.

من الضروري أن نفهم أنه بالنسبة لمعظم المسلمين لا يوجد فرق بين الروحانية والدين، ويتم التعامل معهما كواحد، فالروحانية بالنسبة لهم هي العبادة المستمرة لله والقيام بعمل جيد للآخرين، وبذلك فإن الروح تتطور وتصل للسلام والرفاه الروحاني.

الرعاية الروحية مهمة للمريض المسلم للحفاظ على هدوئه ورفاهه العام، ويجد المسلمون راحة وسلام كبيرين في ذكر الله من خلال الصلاة وقراءة القرآن.

بشكل عام فإن الطقوس أو الاحتياجات الروحية الشائعة بين المسلمين أثناء المرض هي: السعي إلى مساعدة من الله والصلاة وطلب المغفرة من الله والقيام بعمل صالح والزيادة من إخراج الزكاة والقراءة والاستماع إلى القرآن وكذلك المسامحة ما بينه وبين العائلة والأصدقاء والمقربون. (٧٥)

خلال الأيام الأخيرة من حياة الشخص وفي مرحلة النزاع، يمكن لأسرة المريض المسلم أن تطلب توجيه المريض باتجاه في اتجاه مكة المكرمة، وأن يرافقونه وهم يقرأون القرآن الكريم، فهذا بالنسبة لهم واجب عليهم ويعتبرونها فرصة مباركة.

عندما يقترب الموت على المسلمين النطق بالشهادتين، عادة لا يكون للإمام في الإسلام دورًا مهمًا في هذا الوضع، فالعائلات تفضل أن تساعد مريضها على نطق الشهادتين، أو القيام بذلك عنه إذا لم يكن قادرًا. (٦٤)

العبارة التي يكررها المسلمون عندما يحضرون موت شخص ما أو يتلقون خبر موت شخص ما هي " إنا لله وإنا إليه راجعون"، بذلك يعبرون عن قبولهم لإرادة الله حتى قبل وفاة أحد الأحباء. (٧٥)

بعد ذلك تحضر الأسرة الجسد بطريقة خاصة، ويعتقد بعض المسلمين ويفضلون أن لا يلمس الجسد غير المسلمين. خلال عمليات تحضير المتوفى يتم غسل الجسم بطريقة خاصة من قبل العائلة أو من قبل شخص متخصص من نفس جنس المتوفى ثم يجب إغلاق العينين والفم وربط الأرجل وتقييد اليدين فوق البطن بحيث أن اليد اليمنى توضع فوق اليد اليسرى، ويغلقون بقطن فتحات الجسد ومن ثم يعطرون الجثمان بعطر خاص بهذه المناسبة وأخيرًا يلفون الجسم بعناية بكفن أبيض اللون.

يفضل المسلمون إقامة الجنازة في أسرع وقت ممكن، ولا تشارك النساء المسلمات في الجنازة.

تبدأ المراسيم في المسجد بصلاة الجنازة حيث توضع الجثة في الصف الأمامي وعلى خلاف الصلوات الإسلامية المعتادة تصلى هذه الصلاة دون الركوع أو السجود لأنه في الإسلام لا يجوز الركوع ولا السجود لغير الله، وبعد الصلاة يتم دفن الجثمان، ودائمًا مع الكفن دون التابوت ويحظر التحنيط والحرق في الإسلام، لأنه يعتقد أن الجسم يجب أن يعود إلى التراب الذي أتى منه. (٦٤)

"مِنْهَا خَلَقْنَاكُمْ وَفِيهَا نُعِيدُكُمْ وَمِنْهَا نُخْرِجُكُمْ تَارَةً أُخْرَى". (٨٥)

في الإسلام يجب قبول الوفاة دون مظاهر حداد صوتية أو جسدية مبالغ فيها، وفي معظم المجتمعات العربية تقيم الأسرة في منزلها لمدة ثلاث أيام لتلقي العزاء.

نورد الآن بعض الجوانب الهامة والمتعلقة بوجهة نظر المجتمع العربي في بعد المواضيع المتعلقة بالصحة:

١. خلصت دراسة أجريت في لبنان بهدف اكتشاف العوامل التي تحد من الرعاية الذاتية للمرضى المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية في البلاد إلى: (٨٦)

- مسؤولية الأسرة هي أحد القيود، ودور الرجل داخل الأسرة كمصدر للدخل لا يسمح له بخفض مستوى العمل أو وضع الكثير من الاهتمام على حالته الصحية. وعامل آخر هو التكلفة الاقتصادية للمعالجة التي يعتبرونها تكلفة إضافية تقلل من موارد الأسرة.

- القلق من عدم الاستقرار الاقتصادي والسياسي في البلاد هو مصدر للتوتر وكذلك الحزن الذي يسببه انفصالهم عن أبنائهم عندما يجدون أنفسهم مجبرون على مغادرة البلاد للبحث عن عمل.

- من ناحية أخرى تظهر الدراسة دعماً قوياً من الأقارب الذين يؤكدون أنهم يلعبون دوراً أساسياً في رعاية مرضاهم، وخاصة دور الوالدين والأطفال والزوجات تجاه بعضهم البعض.

٢. تشير دراسة أجريت لاستكشاف وصمة العار التي يشكلها الإيدز من خلال مقابلات متعمقة مع ٣٠ رجلاً وامرأة في مصر إلى ما يلي: (٨٧)

- ترتبط وصمة العار المرتبطة بهذا المرض بالقيم الاجتماعية، ويرى معظم المشاركين أن فيروس نقص المناعة البشرية يصيب الأفراد نتيجة سلوك جنسي غير أخلاقي مرتبط بعلاقات جنسية مع أشخاص متعددين ومن ممارسة الجنس مع غرباء.

- يؤكد المشاركون أن الإيدز غير موجود في مصر لأنه مرض أجنبي، فهؤلاء المصابون به هم الذين قاموا بممارسة ما أدت إلى إصابتهم، وهم أشخاص فاسدون مثيرون للخجل فقدوا سمعتهم في المجتمع وحصلوا على ما يستحقونه فهم من تسببوا في هذا المرض لأنفسهم، هذا المرض يؤثر فقط على أولئك الذين نسوا الله.

- لا يتم توجيه وصمة العار نحو المرضى فقط، ولكن أيضاً تجاه الأطباء والمستشفيات الذين يقدمون الرعاية الصحية لهؤلاء المرضى خشية من إن يكونوا مصدر للعدوى.

- الإيدز يعتبر مرضاً خطيراً يسبب الموت، ويخشى البعض أن يكون قريباً من شخص مصاب خوفاً من العدوى، ولكن أيضاً خوفاً من أن تطاله وصمة العار وأن تتلوث سمعته من خلال الارتباط بشخص بلا أخلاق.



- تتأثر النساء بالحكم الأخلاقي للمجتمع أكثر من الرجال، ويعزو المؤلف ذلك إلى السياق الثقافي والاجتماعي الذي يتوقع من النساء أن تحافظ على سمعتها.

٣. تؤكد دراسة حول الاكتئاب عند المراهقين في الأردن وتأثير ثقافة المجتمع أن وصمة العار تعتبر عاملاً رئيسياً يمنع طلب المساعدة الطبية في حالة المرض العقلي. (٨٨)

بالإضافة إلى ذلك وبسبب العوامل الثقافية تكون النساء أكثر عرضة للتأثيرات السلبية للوصمة الاجتماعية ويظهر ذلك جلياً في ظاهرة قبول الذكور المصابين بالاكتئاب بشكل أكبر من الإناث في المدارس والوظائف.

٤. أما بالنسبة للأمراض والاضطرابات النفسية، فيعتقد العرب أن القوى الخارقة للطبيعة مثل الجن والسحر الأسود والعين الشريرة هي سبب الأعراض التي يتجلى فيها المرضى. وأحياناً يعزونها لنقص الإيمان والممارسات الدينية، ويعتبرونها اختبار الله للقضاء على الخطايا.

البعض لا يصم هؤلاء المرضى بوصمة عار طالما أنهم لا يتصرفون بشكل مخزٍ ولا ينتهكون المعايير الاجتماعية والدينية، لكن في معظم الحالات تخفي العائلات المريض ولا تعلن عن حالته إلا لأفراد الأسرة النووية.

وفي بعض المجتمعات العربية يعتقد الناس أن هذه القوى مسؤولة عن أمراض أخرى كذلك. (٨٩، ٨٠، ٢١)

تجدر الإشارة إلى وجود بعض القضايا المثيرة للجدل في المجتمع العربي مثل تنظيم الأسرة والخصوبة والتبرع بالأعضاء والاستنساخ والقتل الرحيم والأمر بعدم الإنعاش والموت الدماغي والإجهاض، والتي لا يوجد إجماع عام حولها.

على سبيل المثال، فيما يتعلق بتنظيم الأسرة واستخدام وسائل منع الحمل، هناك معضلة متعلقة بالالتزام الديني بالتكاثر الذي يفرضه الإسلام، (٩٠)

"وَالِى تَمُودَ أَخَاهُمْ صَالِحًا قَالَ يَا قَوْمِ اعْبُدُوا اللَّهَ مَا لَكُمْ مِنْ إِلَهٍ غَيْرُهُ هُوَ أَنْشَأَكُمْ مِنَ الْأَرْضِ وَاسْتَعْمَرَكُمْ فِيهَا

فَاسْتَعْمِرُوهُ ثُمَّ تَوَبُّوا إِلَيْهِ إِنَّ رَبِّي قَرِيبٌ مُجِيبٌ". (٩١)

"يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَاءً وَاتَّقُوا اللَّهَ

الَّذِي تَسَاءَلُونَ بِهِ وَالْأَرْحَامَ إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلَيْكُمْ رَقِيبًا". (٩٢)

لهذا السبب يعتقد البعض أن تنظيم الأسرة هو انتهاك لمعايير الإسلام، بينما يعتقد آخرون أن الإسلام هو دين الرحمة

وأن الله لا يطالب بأكثر مما يستطيع، وبالتالي إذا كان استخدام وسائل منع الحمل بدافع ترك وقت بين طفل وآخر

للسماح للمرأة بالراحة والحصول على المزيد من الموارد الاقتصادية والتمكن من رفع مستوى رعاية الأطفال فهو مسموح.

وقد تم دعم هذه الفكرة من قبل العديد من الزعماء المسلمين مستندين إلى أصلها في القرآن حيث يحث على الالتزام بسنتين من الرضاعة الطبيعية كوسيلة طبيعية تقلل من احتمال الحمل.

" وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ .... " . (٩٣)

"وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَى وَهْنٍ وَفَصَّالَهُ فِي سَامَيْنِ أَنْ اشْكُرْ لِي وَلِوَالِدَيْكَ إِلَيَّ الْمَصِيرُ" . (٩٤)

وينبغي أيضا أن نذكر أن البعض يعتقد أن استخدام وسائل منع الحمل لا يمكن أن يقاتل ضد إرادة الله إن شاء إن تحمل السيدة.

أخيراً، نعتقد أنه من المهم إبراز دراسة أجرتها ساندرا لوفرينغ المدير التنفيذي لقسم شؤون التمريض في مستشفى المملكة العربية السعودية / الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث في جدة.

في رسالتها للحصول على درجة الدكتوراه والتي تم طرحها في مقال نشر في عام ٢٠١٢، بحثت لوفرينغ "كيف أن ثقافة ومعتقدات طاقم التمريض حول الصحة والمرض والشفاء تمتزج مع قيمهم المهنية وخبرتهم في الرعاية". (٢١)

شكلت نتائج هذا البحث الأساس لنموذج خاص للتمريض يسمى "رعاية الهلال"، وهو اسم مهم للمسلمين، حيث يعتبر نصف القمر رمزا لهذا الدين.

يغطي هذا النموذج تأثير الدين الإسلامي والثقافة العربية على ممارسة التمريض مع المرضى العرب ويعكس الشكل الموضح في المقالة بوضوح تام أسس ومكونات خطة الرعاية الخاصة بهذا النموذج الجديد. الشكل (٢)

**الشكل (٢): نموذج رعاية الهلال**



تؤكد لوفرينغ في نموذجها أن الأسرة هي أهم وحدة اجتماعية في الثقافة العربية، وينعكس ذلك في الشكل السابق حيث الأسرة بأكملها في مركز دورة نموذج الرعاية.

تجمع الطبقة الخارجية للدائرة القيم الثقافية والمهنية للعاملين في التمريض كعنصرين لهما نفس الأهمية عندما يتعلق

الأمر بتوفير الرعاية التمريضية التي تتمتع بوعي ثقافي.

نحن نعتبر هذا الجزء من النموذج مثيراً للاهتمام، لأننا نعتقد من ناحية أن ثقافة طاقم التمريض هي جزء من منظوره لمهنته ومفهومه عن الصحة والمرض، ومن ناحية أخرى فإن فهم الممرض والمرضة لثقافته نفسها ليس دائماً أمراً متحققاً ولكنه أمراً ضرورياً وأساسياً لتلبية الاحتياجات الجسدية والعاطفية والاجتماعية والثقافية والروحية للمريض.

يتناول نموذج لوفرينغ جميع مكونات الرعاية مع مراعاة الثقافة العربية والإسلامية:

- على المستوى الروحاني يجب تسهيل ممارسة الشعائر الدينية واحترامها حتى لو لم تكن تؤمن بها.
- على المستوى الثقافي فهم للمعتقدات الثقافية المرتبطة بقضايا الصحة والمرض، ولعب دور نشط في التوجيه الصحيح لاستخدام العلاجات التقليدية ورعاية التفاصيل المتعلقة بالحياء والخصوصية.
- على المستوى النفسي، فهم أهمية الأسرة في دعم المرضى والضغط الناجم عن تغير دور المريض داخل الأسرة.
- على مستوى رعاية العلاقات، رعاية التواصل اللفظي وغير اللفظي والتكيف مع المعايير الثقافية والشخصية، وقياس مستوى التقارب البدني المسموح به وأهمية الفصل بين الجنسين.
- على مستوى الرعاية الجسدية، توفير الرعاية التمريضية والتقنيات القائمة على المعرفة العلمية للتمريض مع السماح بمساعدة أفراد الأسرة وفهم دورهم في صنع القرار.
- وفقاً لوفرينغ، يجب تعديل الرعاية التمريضية في بعض الأحيان والاسترشاد بالمعايير الثقافية والدينية، مثل شهر الصيام، وساعات الصلاة، إلخ.

"لدينا ما يكفي من شروح مذاهب القدماء، لقد حان الوقت لتطوير فلسفتنا الخاصة"

إبن سينا



#### ٤.٤. التشخيصات التمريضية موضع البحث في هذه الدراسة

##### ٤.٤.١. الأسى -Grief:

التفاعلات المستمرة على مستويات مختلفة مع بيئتنا تخلق تبعيات عاطفية وتولد عادات وحتى طقوس خاصة بكل علاقة، وبغض النظر عن عمق العلاقة التي نعيشها مع شخص أو آخر، فإن غيابه يتسبب في اختلال وخوف من العواطف التي يمكن أن يسببها هذا الغياب، وبنفس الطريقة تولد تبعيات وتعلق عاطفي بالأشياء والأفكار والأحلام والتحديات، وقد يؤدي فقدان أي منها إلى اختلال التوازن الداخلي.

هذا الخلل يولد مشاعر وردود فعل مختلفة ويمكن أن يؤدي إلى تغيرات في الشخصية والسلوك وحتى إلى الاضطرابات النفسية والوظيفية.

معظمنا يعرف هذه المجموعة من العواطف بالحزن، ومع ذلك فإن المعاناة بعد الخسارة أو الخسارة المحتملة

لشخص ما أو شيء ما هي مرحلة معقدة وليس مجرد شعور بالحزن. (٩٨،٩٧،٩٦،٩٥)

هذه المرحلة هي الأسى، وهي مرحلة مجهولة بالنسبة للعديد من الأشخاص حتى في القطاع الطبي.

إن الأسى وفقا لتعريف الناندا هو "مرحلة طبيعية معقدة تتضمن استجابات وسلوكيات عاطفية وجسدية وروحية واجتماعية وفكرية يدمج الناس والعائلات والمجتمعات عن طريقها خسارة حقيقية أو متوقعة أو متصورة في حياتهم اليومية. (١١)

الخصائص المميزة للأسى وفقا للناندا هي: (١١،١٠)

- المعاناة
- الذنب
- الألم
- تغيير مستوى النشاط و / أو النوم
- تغيرات في وظائف جهاز المناعة
- تغيرات في وظائف النظام العصبي والغدد الصماء
- الغضب
- تغيير في أنماط النوم
- اليأس
- عدم التنظيم

• الحفاظ على الاتصال مع الشخص المتوفى

• الاضطراب النفسي

• الانفصال

• الذعر

• تنمية الشخصية

• العثور على معنى الخسارة

العوامل ذات الصلة وفقاً للناندا هي: (١١،١٠)

- توقع فقدان شخص مهم

- وفاة شخص مهم

- فقدان شيء مهم (العمل أو الوضع الاجتماعي أو أجزاء الجسم أو الوظائف الحيوية، وما إلى ذلك

- توقع فقدان شيء مهم

نتائج التمريض المتوقعة وفقاً للنوك هي: (٩٩،١١،١٠)

- مواجهة المشاكل

- مواجهة المشاكل الأسرية

- التكيف مع الإعاقة الجسدية

- التعديل النفسي الاجتماعي (تغيير الحياة)

المدخلات التمريضية الرئيسية وفقاً للنوك هي: (٩٩)

- زيادة الموجهة

- تسهيل اليأس

المدخلات المحددة المتعلقة بالمدخلات الرئيسية هي: (٩٩)

- الدعم العاطفي والروحي

- تقديم النصيحة والمشورة

- التحكم في المزاج

- منح الأمل

- إعلان الحقيقة
  - تقليل القلق والتوتر
  - زيادة أنظمة الدعم
  - تحفيز تكامل الأسرة
  - تسهيل الغفران
  - تعزيز المقاومة
  - العلاج بمساعدة الحيوان
  - علاج ذكريات الماضي
  - تشجيع النمط العائلي الطبيعي
  - مجموعة الدعم
  - الوساطة الثقافية
  - الاستماع الفعال
  - دعم اتخاذ القرارات
  - المساعدة في التعديل الذاتي
  - الرعاية في مرحلة النزاع
  - تقوية احترام الذات
  - تعزيز التواصل الاجتماعية
  - تسهيل التعبير عن الشعور بالذنب
  - تشجيع التمرين الجسدي
  - تحسين النوم
  - العلاج بالإنجيل
  - الحفاظ على الديناميكية العائلية
- الأتيك تصف الأسى على النحو التالي: "الشخص يواجه مجموعة من الاستجابات الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحانية للتكيف مع خسارة ما". وتوضح انه "استجابة صحية تتجلى بطريق مختلفة اعتمادا على السياق



الاجتماعي والثقافي وعلى معتقدات وقيم الناس أو المجموعة". (١٨)

ووفقاً للأتنيك، يشتمل الأسى على خمس مراحل: الصدمة والغضب والتفاوض والاكتئاب والقبول، وتوضح أن الاستجابة في مرحلة الأسى تميل إلى اتباع ديناميكية غير خطية، وبالتالي لا يمر جميع الأشخاص بجميع المراحل أو بنفس الترتيب.

وفقاً للأتنيك، فإن العوامل ذات الصلة هي: (١٨)

- وفاة أحد الأحباء

- فقدان القدرات البدنية

- فقدان وظائف عضو ما من الجسد

- فقدان الطاقة

- فقدان الوظائف الجنسية

- فقدان الجاذبية الجسدية أو الاجتماعية

وفقاً للأتنيك فإن الأسى يتجلى بالمظهر التالية: (١٨)

- الإحساس بمشاعر كالحزن، الشوق، الغضب، الشعور بالذنب، عدم التصديق، الارتباك

- الأحاسيس الجسدية مثل (الشعور بالاختناق، الشعور بالمعدة الفارغة أو المغلقة، جفاف الفم، ضيق الصدر)

- تغييرات في السلوك

- تغييرات في سلوك وعادات الأكل المعتادة

- اضطرابات نمط النوم

- اعتماد السلوكيات غير الصحية

المدخلات التمريضية المتعلقة بالأسى وفقاً للأتنيك هي: (١٠٠)

- رعاية الإدخال

- الاستماع الفعال

- استخلاص المعلومات العاطفية

- التثقيف الصحي: الأدوية

- التثقيف الصحي: المضاعفات

- الوقاية
- إشراك مقدمي الرعاية
- التثقيف الصحي: عملية المرض
- التثقيف الصحي: النظام الغذائي
- التثقيف الصحي: تقنيات بسيطة
- الاستماع الفعال: الأسرة
- التثقيف الصحي: استراتيجيات التكيف
- الاستشارة
- الاستقرار العاطفي
- الحفاظ على احترام الذات
- التثقيف الصحي: تقنيات معقدة
- التثقيف الصحي: السيطرة على الأعراض
- إغلاق العاطفي: الأسرة
- الإلهاء
- تعزيز الروابط الأسرية
- تعزيز التواصل غير اللفظي
- إعادة الإعمار المعرفي
- تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل
- التثقيف الصحي: تقنيات التحكم في القلق
- تقدم المرض: دعم التكيف
- التكيف: التواصل
- التحفيز الحركي الاحساسي
- التكيف مع الموت: دعم الأسرة
- إعادة التوجيه

- الوقاية: العدوانية
- المشي العلاجي
- تغيير صورة الجسد: دعم التكيف
- حث على الاسترخاء
- منع الانتحار
- إعادة توجيه السلوك التنازلي
- التحالف العلاجي
- رعاية "الكنغر"
- تقنية إزالة التصعيد
- إدارة العدوانية
- اللعب العلاجي
- دعم الأسرة: التكيف مع تقدم المرض
- العلاج الجماعي
- المقابلة العلاجية
- تجديد العوامل السمعية
- الراحة الحسية
- وساطة الصراع
- التنقيف الصحي: تقنية ضبط النفس
- التدليك البسيط
- دعم التكيف مع تشخيص المرض
- إعادة توجيه موقف الاعتماد
- التحفيز الحسي
- الاستراحة النطقية
- التوسط: النزاعات العائلية

- التثقيف الصحي: أخذ عينات ذاتية من سوائل الجسم

- إعادة توجيه الموقف الدفاعي

- التكيف مع تشخيص المرض: دعم الأسرة

- العلاج بالموسيقى

- تعزيز "الفراش المشترك"

- العلاج الأدبي

- تدليك الأطفال

- دعم الأسى

- المراقبة النفسية والعاطفية

- التحفيز الحركي

- استعادة الثقة بالنفس

من أكثر الجوانب غير المعروفة حول الأسى هي أنواعه، قد يكون متوقع، متأخر، منكر، مزمن أو معقد.

كل نوع من أنواع الأسى له خصائصه وبالتالي تتغير الموارد المناسبة للمساعدة والمداخلات المطلوبة أيضاً تتغير من نوع لآخر. (٩٦)

• الأسى المتوقع: هو الذي يبدأ قبل الخسارة، أي بفقدان محتمل أو قريب.

• الأسى المهمل أو المنكر: يحدث عندما لا يظهر الشخص أي رد فعل بعد الخسارة.

• الأسى المزمن: هو الشخص الذي يحافظ فيه الشخص على نفس مستوى الألم والمعاناة لفترة طويلة.

• الأسى المعقد: يحدث عندما يكون الشخص محاصراً بالألم شديد لفترة طويلة.

لتقييم الحزن لدى البالغين هناك العديد من الأدوات: (١٠١)

- "Grief experience Inventory" (GEI), 1997.

- "Texas Inventory of Grief" (TIG) 1981.

- "Inventory of Complicated Grief" (ICG), 1995.

- "Inventory of Complicated Grief" (ICG-R) , 2001.

-“RIX Index “(RI), 1983

الأشخاص يعيشون المعاناة بعد الخسارة بطرق مختلفة وذلك يعتمد بشكل أساسي على العوامل الثقافية والاجتماعية التي تبني المنظور الاجتماعي للخسارة وتوفر الدعم الاجتماعي أو لا والعوامل الشخصية المتعلقة بمنظورهم الخاص للخسارة وتجاربهم السابقة مع الخسارات وقيمهم وحالتهم الروحية العامة، كما يعتمد على طبيعة الخسارة وعمق العلاقة التي تجمعهم مع ما أو من فقدوا.

كما ذكرنا في القسم الخاص بالثقافة العربية، يعيش الحزن في المجتمع العربي بشكل مرتبط بشدة مع الدين، منظور الخسارة والموت كإرادة الله وكمعملية طبيعية يساعدهم على التغلب عليه والتعايش معه، على الرغم من أن هذا الجانب يشكل قلقاً مرتبطاً باحتمالية أن تحريم التعبير عن مظاهر الألم بطريقة قوية بعد فقدان لأنها تظهر عدم قبول إرادة الله يمكن أن يسبب مضاعفات في عملية الأسى للناس الأقل إيماناً فيحوّله إلى أسى معقد.

يعاش الأسى بعد وفاة شخص ما بثلاثة أيام حداد يقي فيها أقرباء المتوفى المباشرين في منزل العائلة لتلقي التعازي، وليس مقبولاً اجتماعياً ارتداء اللون الأسود لأنه يعتبر أيضاً علامة على عدم تقبل مشيئة الله. في بعض المناطق لا يُسمح للنساء بعد وفاة أزواجهن أن يغادرن المنزل أو يتزوجن لمدة ١٣٠ يوماً، أصل هذه الممارسة هو إظهار الاحترام للزواج واتخاذ تدابير للتأكد من أنها ليست حاملاً قبل أن تتمكن من الارتباط مرة أخرى مع رجل آخر، وبالتالي يتم حماية نسل الطفل.

#### ٢.٤.٤. المعاناة الروحية/الروحانية- Spiritual Suffering:

المعاناة الروحية وفقاً للناندا هي "تدني القدرة على تجربة وإدماج المعنى والهدف من الحياة من خلال صلة الفرد بنفسه، بالآخرين، بالفن، بالموسيقى، بالأدب، بالطبيعة و / أو بقوة عليا". (١١)

والأتيك تعرفه كما يلي: "يعيش الشخص معاناة مؤلمة وعميقة مرتبطة بعدم القدرة على إيجاد أو الحفاظ على أو استعادة التوازن الداخلي الذي يسمح له بالتساؤل عن معنى وجوده أو سبب الوضع الذي يعيشه والذي يعزز علاقته بما هو متسامي". (١٨)

الخصائص المميزة للمعاناة الروحية وفقاً للناندا هي: (١١،١٠)

- القلق

- البكاء

- التعب
- الخوف
- الأرق
- تساؤل حول الهوية
- تساؤل حول معنى الحياة
- تساؤل حول المعنى/المغزى من المعاناة
- التواصل مع الذات (الغضب، انعدام السكينة، الشعور بانعدام المحبة، الشعور بالذنب، انعدام التقبل، انعدام استراتيجيات التكيف، غياب الشجاعة، فقدان معنى الحياة)
- التواصل مع الآخرين (العزلة، رفض التفاعل مع الرموز الروحية ومع الأصدقاء والعائلة والابتعاد عن مصادر الدعم)
- التواصل مع الفن والموسيقى والأدب والطبيعة (نقص في التعبير عن الأنماط المعتادة للإبداع وعدم الاهتمام بالطبيعة والأدب والموضوعات الروحية)
- التواصل مع قوة عليا (الغضب وشعور بالهجر، اليأس، عدم القدرة على التأمل والإحساس بما هو متسامي، عدم القدرة على ممارسة الأنشطة الدينية أو الصلاة، الشعور بمعاناة، التغيير المفاجئ في الممارسات الروحية)
- العوامل المتعلقة بالمعاناة الروحية وفقا للناندا هي: (١١،١٠)

- مرحلة النزاع
- الشيوخوخة
- ولادة طفل
- موت أحد الأحباء
- التعرض للموت
- المرض
- الموت الوشيك
- زيادة الاعتماد على الآخرين
- الشعور بالوحدة
- تغييرات الحياة

- فقدان جزء من الجسم
  - فقدان وظيفة جزء من الجسم
  - الألم
  - تصور الواجبات غير المكتملة
  - الأخبار السيئة
  - العزلة
  - العلاج
  - أحداث غير متوقعة في الحياة
- النتائج التمريضية المرتبطة بالمعاناة الروحية وفقا للنوك هي: (١١)

- الرفاه الروحي
- تهوين البلاء
- الموت بكرامة
- الأمل
- نوعية الحياة

المدخلات التمريضية الرئيسية المرتبطة بالمعاناة الروحية وفقا للنوك هي: (٩٩،١١،١٠)

- تصنيف القيم
- الدعم الروحي
- منح الأمل
- تعزيز التواصل الاجتماعي
- الدعم في اتخاذ القرارات
- رفع مستوى القدرة على المواجهة
- تيسير النمو الروحي

المدخلات المحددة المتعلقة بالمدخلات الرئيسية هي: (٩٩،١١،١٠)

- تسهيل الغفران

- الرعاية خلال مرحلة النزاع
- التحكم في الحالة المزاجية
- الدعم العاطفي
- زيادة مصادر الدعم
- تسهيل الممارسة الدينية
- تسهيل مشاركة الأسرة
- المساعدة على السيطرة على الغضب
- إخبار الحقيقة للمريض
- تقليل القلق
- الاستماع الفعال
- تيسير الأسى
- تسهيل التعبير عن الشعور بالذنب
- العلاج بالموسيقى
- علاج ذكريات الماضي
- تسهيل التأمل
- تعزيز احترام الذات
- تعزيز الوعي الذاتي
- تعزيز التواصل الاجتماعي

وفقاً لـ لايتيك تتجلى المعاناة الروحية في: (١٨)

• التعبير عن الحاجة إلى إعادة التوازن إلى حياة المرء وإعادة تشكيل أو إعادة بناء التوازن الداخلي وتحقيق حالة من السلام الداخلي

• التعبير عن انفصال عن الشخص و / أو ما هو مهم

• الشعور بعدم المحبة

• تصور عدم الحصول على المغفرة

• الشعور بعدم وجود أو فقدان السيطرة والهوية



المدخلات التمريضية المرتبطة بالمعاناة الروحية وفقاً للاتيك هي:

- رعاية الإدخال
- الاستماع الفعال
- استخلاص المعلومات العاطفية
- التثقيف الصحي: المضاعفات
- إشراك مقدمي الرعاية
- التثقيف الصحي: عملية المرض
- التعليم الصحي: النظام الغذائي
- التعليم الصحي: تقنيات بسيطة
- الاستماع الفعال: الأسرة
- التثقيف الصحي: استراتيجيات التكيف
- الاستشارة
- الاستقرار العاطفي
- الحفاظ على احترام الذات
- التعليم الصحي: تقنيات معقدة
- التعليم الصحي: السيطرة على الأعراض
- استخلاص المعلومات العاطفية: الأسرة
- الإلهاء
- تعزيز الروابط الأسرية
- تعزيز التواصل غير اللفظي
- إعادة الإعمار المعرفي
- تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل
- التثقيف الصحي: تقنيات التحكم في القلق
- تقدم المرض: دعم التكيف

- التكيف: التواصل
- التحفيز الحسي الحركي
- التكيف مع الموت: دعم الأسرة
- إعادة التوجيه
- الوقاية: العدوانية
- المشي العلاجي
- تغيير صورة الجسد: دعم التكيف
- الحث على الاسترخاء
- منع الانتحار
- إعادة توجيه السلوك التنازلي
- التحالف العلاجي
- تقنية إزالة التصعيد
- إدارة العدوانية
- اللعب العلاجي
- دعم الأسرة: التكيف مع تقدم المرض
- العلاج الجماعي
- المقابلة العلاجية
- الراحة الحسية
- وساطة الصراع
- التعليم الصحي: تقنية ضبط النفس
- تدليك بسيط
- دعم التكيف مع تشخيص المرض
- إعادة توجيه الموقف الاعتمادي
- التحفيز الحسي

- الوساطة: النزاعات العائلية
- إعادة توجيه الموقف الدفاعي
- التكيف مع تشخيص المرض: دعم الأسرة
- العلاج بالموسيقى
- تعزيز "الفراس المشترك"
- العلاج الأدبي
- التأمل
- التنشيط: العقل / الروح
- إعادة التوازن الروحي
- خلق الأمل
- حركات التأمل
- الصلاة
- القصص التأملية
- التفكير المتسامي
- التعبير عن الامتنان
- إطفاء الأهمية
- دعم الرفاهية الروحية
- تقييم القوة الروحية
- استكشاف المعنى الروحي للمعاناة
- تهدئة عدم الراحة الروحية
- تحفيز القيمة الذاتية
- توجيه الأسئلة والشكوك الكونية
- تفعيل اتخاذ المواقف
- الحفاظ على احترام الذات

- التوفيق الثقافي
- الانحراف الإيجابي
- التغذية العاطفية
- دعم الأسى
- علاج التسارع العاطفي
- المراقبة النفسية والعاطفية
- تمارين المرونة
- الاستقرار النفسي والعقلي
- دعم التكيف
- المواجهة الإيجابية
- التحفيز المحرك
- استعادة الثقة بالنفس

إن تعريف الروحانية أمر صعب كونه مفهومًا وجوديًا ذاتيًا ومعناه يختلف تمامًا من شخص لآخر. عرفت الرابطة الأوروبية للرعاية التلطيفية الروحانية بأنها "البعد الديناميكي للحياة البشرية التي ترتبط بالطريقة التي يختبر بها الناس (الأفراد والمجتمع) أو يعبرون عن و/ أو يبحثون عن المعنى والغاية والبعد والطريقة التي يتصلون فيها مع اللحظة الراهنة ومع النفس والطبيعة وما هو ذات معنى ومقدس". (١٠٢)

وتعرفها الجمعية الإسبانية للرعاية التلطيفية على أنها "التطلع العميق والحميم للإنسان إلى رؤية للحياة والواقع والذي يدمج ويربط ويعطي معنى للوجود". (١٠٣)

حددت الجمعية ثلاث مكونات للروحانية: (١٠٣)

١- التحديات الوجودية: الهوية، المعنى، المعاناة، الموت، الذنب، العار، الغفران والمصالحة، الحرية والمسؤولية، الأمل واليأس، الحب.

٢ - المواقف والاعتبارات القائمة على القيم: العلاقة مع الذات ومع العائلة والأصدقاء ومع الطبيعة ومع الثقافة والعمل ومع ما هو أخلاقي ومع الحياة ذاتها.

٣- الاعتبارات الدينية وأسسها: الإيمان والمعتقدات والممارسات والطقوس والعلاقة مع الله.

تتأثر المكونات الثلاثة بالعوامل الثقافية التي تشكل عن وعي أو بغير وعي وجهة نظرنا في العديد من المفاهيم

المذكورة ومعنى كل منها.

عند تقييم الاحتياجات الروحية للمرضى قد نواجه بعض الصعوبات، من ناحية لأنها مختلفة جداً من مريض لآخر، ومن جهة أخرى بسبب عدم وجود لغة مشتركة حول هذا الموضوع.

وقد تم تعريف الرعاية الروحية من قبل سوتزكي وبيسوت في عام ٢٠٠٥ على أنها "تعبير بديهي وشخصي وإيثاري وتأملي مشروط بوعي الممرضة والممرض بأبعاد الحياة المتسامية بحيث تعكس واقع المريض". (١٠٤)

الهدف النهائي للرعاية الروحية هو تحقيق الرفاهية الروحية للمريض. الرفاهية الروحية هي "إحساس بالوئام والتناغم الداخلي الذي يشمل العلاقة مع النفس ومع الآخرين ومع نظام الطبيعة أو القوة العليا الواضح من خلال التعبيرات الإبداعية والطفوس العائلية والعمل الهادف والممارسات الدينية التي تولد بعداً وجودياً". (١٠٤)

عناصر الروحانية والتي تمثل مجتمعة روحانية المريض وموارد المساعدة هي:

١ - القيم والمعتقدات والدين.

٢ - الخبرات.

٣ - الدوافع.

٤ - الأحلام.

٥ - العلاقات.

٦ - الأفكار والخواطر.

٧ - العواطف.

٨ - خطط المستقبل.

الأدوار التمريضية الرئيسية في الرعاية الروحية:

تطوير علاقة ثقة مع المريض محفوفة بالكرامة والاحترام

توفير جو من الدعم والسلام

تغيير أهداف الرعاية مع تغيير أهداف المريض ومساعدته على الحفاظ على الأمل

الاستماع الفعال والتواجد والمراقبة

التقييم الروحي المستمر

التعاون مع باقي أعضاء الفريق

للكشف عن الروحانية واستكشافها وتقييمها من المهم معرفة أنها تتجلى بعدة طرق: الإشارات البصرية، الأعراض الجسدية، اللغة المباشرة و / أو الرمزية.

إن أنسب وأهم أداة لاستكشاف روحانية المرضى هو الممرض نفسه وكفاءاته. يجب أن تزرع هذه الأداة التوازن العاطفي الذاتي، وأن تتوفر لديه المهارات المناسبة لقبول معتقدات وقيم ودين الآخر والاستعداد للتعامل مع موضوع الروحانية. في هذا السياق ينبغي على طاقم التمريض أن يبدأ مع نفسه بمعالجة تساؤلاته الروحانية الخاصة ومن ثم تعلم كل ما يستطيع عن معتقدات المريض، وممارسة الطقوس التي تمنحه السلام الداخلي والاستعداد لمواجهة عالم الروحانية المعقد والمثير للاهتمام.

الروحانية هي جانب معقد وحميم وشخصي، ويجب أن تكون لدينا القدرة على قبول كل أنواع المعتقدات والطقوس والقيم. وكما هو الحال بالنسبة للكثير من الناس يرتبط مفهوم الروحانية أو يعني الدين، لذلك علينا أن نكون منفتحين على جميع الأديان (الانفتاح على الآخر).

في المجتمع العربي المسلم، كما ذكرنا سابقاً تعتبر كل أنواع المعاناة جزءاً من الحياة وفرصاً للتواصل مع الله وغسل الخطايا. الروحانية بالنسبة لمعظم العرب هي الدين، والطقوس والتعاليم الإسلامية توفر السلام والصفاء.

#### ٣.٤.٤. فقدان الأمل/اليأس:

أن تكون واضحاً بشأن معنى حياتك هي القوة التي تحفز الناس على تحقيق الذات؛ إن فقدان هذا المعنى يمكن أن يسبب العديد من المشاكل العاطفية والروحية والوجودية بما في ذلك معاناة حالة من اليأس والتي بدورها يمكن أن تسبب الاكتئاب وحتى الانتحار في بعض الحالات كما تشير بعض الدراسات. (١٠٥)

تعرف الناندا اليأس على أنه: "الحالة الذاتية التي يرى فيها الشخص عدداً قليلاً من الخيارات البديلة أو الشخصية أو انعدامها تماماً، وهو غير قادر على توجيه طاقته في مصلحته الخاصة". (١١)

في حين تصفه الأتيك ذلك على النحو التالي: " يظهر الشخص عدم كفاية في آليات التكيف والذي يعبر عن موقف استسلامي، مع غياب لمفهوم الذات، تثبيط عاطفي، سلبية وتمزق للاستمرارية الزمنية نحو المستقبل". (١٨)

يصف نموذج اسكتلندا (١٩٦٩) اليأس بأنه "نظام للمخططات المعرفية التي تشترك في بعض التوقعات السلبية حول المستقبل سواء كانت فورية أو نائية". (١٠٦)

تعتبر كوينتانيلا وهارو وفلوريس وسيليس وفالنسيا (٢٠٠٣) أن اليأس هو "حالة مزاجية ذات سلوك وإدراك لدى

الشخص فيما يتعلق بالأحداث القادمة وبطريقة توجه سلوك الفرد بشأن ما يجب فعله". (١٠٦)

الخصائص المميزة لليأس وفقاً للناندا هي: (١١،١٠)

• عدم المشاركة في الرعاية الذاتية أو القبول السلبي

• مفاتيح لفظية (المحتوى يدل على اليأس مثل "لا أستطيع"، التنهد)

• تغيرات في أنماط النوم

• انخفاض في المبادرة

• انخفاض في العواطف

• انخفاض في المنبهات أو المحفزات

• السلبية وقلة الكلام

• عدم وجود تواصل مباشر وجهاً لوجه

• انخفاض الشهية

• الابتعاد عن الأشخاص الذين يتحدثون

العوامل ذات الصلة وفقاً للناندا هي: (١١،١٠)

• التوتر المزمن

• تدهور الحالة الفسيولوجية

• التحلي أو الهجر

• فقدان الإيمان بالقيم المتعالية والله

• العزلة الاجتماعية

• محدودية الأنشطة لفترات طويلة

النتائج التمريرية المرتبطة باليأس وفقاً للنوك هي: (١١)

• نوعية الحياة

• الرغبة في العيش

• قبول الحالة الصحية

المدخلات التمريرية الرئيسية المرتبطة باليأس وفقاً للنوك هي: (٩٩،١٠)

• المساعدة في تعديل النفس

• التحكم في الحالة المزاجية

• تعزيز المقاومة

• توضيح القيم

• منح الأمل

• رفع مستوى القدرة على التكيف

المدخلات التمريرية المحددة المتعلقة بالمدخلات الرئيسية هي: (٩٩،١١)

• دعم عاطفي وروحي

• وضع أهداف مشتركة

• الاتفاق مع المريض

• تسهيل الحزن

• تسهيل التعبير عن الشعور بالذنب

• تشجيع التمرين

• إدارة الطاقة

• تعديل السلوك

• العلاج بالموسيقى

• تعزيز الوعي الذاتي

• تعزيز التواصل الاجتماعية

• التواجد

• العلاج عن طريق الفن

• العلاج بمساعدة الحيوانات

• العلاج الترفيهي

• العلاج الجماعي

• اللعب العلاجي



- دعم لتحقيق القوت
- زيادة موارد الدعم
- تعزيز الدور
- علاج ذكريات الماضي

وفقاً للاتيك، فإن مظاهر اليأس هي: (١٨)

- الشعور بأن الإجراءات لن تغير مسار الأحداث
- حالة من انعدام الثقة والفرح والحوافز والإيمان والثقة بالنفس
- الاستسلام أو القبول السلبي
- اللامبالاة

المدخلات التمريضية المتعلقة بفقدان الأمل وفقاً للاتيك هي: (١٠٠)

رعاية الإدخال

الاستماع الفعال

استخلاص المعلومات العاطفية

التثقيف الصحي: الأدوية

التثقيف الصحي: المضاعفات

الوقاية

إشراك مقدمي الرعاية

التثقيف الصحي: عملية المرض

التعليم الصحي: النظام الغذائي

التعليم الصحي: تقنيات بسيطة

الاستماع الفعال: الأسرة

التثقيف الصحي: استراتيجيات التكيف

الاستشارة

الاستقرار العاطفي

الحفاظ على احترام الذات

التعليم الصحي: تقنيات معقدة

التعليم الصحي: السيطرة على الأعراض

إغلاق العاطفي: الأسرة

الإلهاء

تعزيز الروابط الأسرية

تعزيز التواصل غير اللفظي

إعادة الإعمار المعرفي

تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل

التثقيف الصحي: تقنيات التحكم في القلق

تقديم المرض: دعم التكيف

التكيف: التواصل

التحفيز الحركي الاحساسي

التكيف مع الموت: دعم الأسرة

إعادة التوجيه

الوقاية: العدوانية

المشي العلاجي

تغيير صورة الجسد: دعم التكيف

حث على الاسترخاء

منع الانتحار

إعادة توجيه السلوك التنازلي

التحالف العلاجي

"رعاية" الكنغر

تقنية إزالة التصعيد

إدارة العدوانية

اللعب العلاجي

دعم الأسرة: التكيف مع تقدم المرض

العلاج الجماعي

المقابلة العلاجية

تجديد العوامل السمعية

الراحة الحسية

وساطة الصراع

التعليم الصحي: تقنية ضبط النفس

تدليك بسيط

دعم التكيف مع تشخيص المرض

إعادة توجيه موقف الاعتماد

التحفيز الحسي

الاستراحة

الوسيط: النزاعات العائلية

التعليم: أخذ عينات ذاتية من سائل الجسم

إعادة توجيه الموقف الدفاعي

التكيف مع تشخيص المرض: دعم الأسرة

العلاج بالموسيقى

"تعزيز" الفراش المشترك

العلاج الأدبي

تدليك الأطفال

دعم الأسى

المراقبة النفسية والعاطفية

التحفيز الحركي

استعادة الثقة بالنفس



**"واجب الكتاب ليس الحفاظ على اللغة، بل أن يشقوا لها طريقا في الذاكرة  
التاريخية"**

غابرييل غارسيا ماركيز



#### ٥.٤. أهمية اللغة الأم

اللغة العربية هي اللغة الأم للعرب، حيث يقدر عدد الناطقين الأصليين بالعربية بحوالي ٣٠٠ مليون شخص ويشكلون ٣,٨٪ من سكان العالم. (١٠٧)

اللغة الأم هي اللغة التي يستقبلها الطفل من محيطه عند ولادته، وهذه اللغة تأخذ بالتطور شيئاً فشيئاً حتى تصبح أداة التواصل اللفظي والكتابي وتشكل بذلك سمة وهوية الشخص.

يعرّف آشورث (١٩٩٢) اللغة الأم على أنها "اللغة التي يكتسبها الطفل/الشخص في السنوات المبكرة والتي تصبح بطبيعة الحال وسيلته للتفكير والتواصل". (١٠٨)

اللغة الأم هي الأساس الذي تبنى عليه اللغة الثانية، (١٠٩) يقول ثيرومالاي: "اللغة الأم هي أول لغة معروفة والأكثر شيوعاً والأقرب بين جميع اللغات للطفل، وبسبب ما سبق فإن اللغة الأم توفر نظام الإشارات الأكثر فائدة والذي يعمل بسرعة وقدرة أكبر من نظام الإشارات الذي توفره لغة أخرى. إن الطفل الذي يستخدم لغة أخرى غير لغته الأم سيواجه مشاكل في التكيف لغوياً واجتماعياً وثقافياً. إن استخدام لغة أخرى غير اللغة الأم سيحول دون النمو الفكري وتطوير عمليات التفكير. يتحقق الاستقرار العاطفي بشكل أفضل من خلال استخدام اللغة الأم". (١١٠)

كانت اللغة العربية في القرن التاسع عشر لغة مهمة للغاية، حيث تم نقل العلم اليوناني من خلالها إلى الغرب، موفرة بذلك المعرفة بثقافة جديدة وأدب جديد. (١١١)

في القرن نفسه عانى العرب من ظاهرة التنوع (diglossia)، يقول فيرغسون أن "وضع اللغة العربية يشير إلى ضعف في أحد الأدوات الرئيسية للتحليل اللغوي، المتحدثين باللغة العربية في كثير من الأحيان ليس لديهم الحدس الواضح لاستخدامها الشفهي، وانتشار المتغيرات المتوسطة والمتقلبة بين اللغة العربية الحديثة واللهجة المحكية يجعل النحوية والأحكام إشكالية في كل الأحوال". وبالتالي، "اللغة العربية الكلاسيكية عاجزة بشكل واضح عن التكيف مع متطلبات العصر الجديد: القواميس مليئة بالكلمات البالية وهناك تعدد هائل في المرادفات وعدم دقة في المصطلحات العلمية". (١١٢، ١١١)

حالياً، تنقسم اللغة العربية إلى ثلاثة أنواع: اللغة العربية الفصحى (لغة القرآن الكريم والإسلام والتراث الأدبي)، اللغة العربية الفصحى الحديثة تدعى أيضاً اللغة العربية الأدبية (لغة التعليم، الخطابات الرسمية والإعلام) والأخيرة هي اللغة العامية أو اللهجات (المستخدمة في خطابات غير رسمية، وفي الفولكلور والدراما الشعبية). (١١١)

تخلقت اللهجات في جميع مجتمعات العالم مع الزمن وهي ليست أكثر من مجرد تعديل للغة الأصلية على مدى فترة



في العالم العربي كل بلد له لهجته المشتقة من اللغة العربية الفصحى، وقد يكون هناك أكثر من لهجة واحدة داخل نفس البلد.

لقد ذهب البعض بعيداً عن اللغة العربية الكلاسيكية إلى حد لا يفهمه العرب في البلدان الأخرى، بشكل عام تفهم بلدان الشرق الأوسط بعضها البعض بشكل جيد على الرغم من الاختلافات الدialeكتية، مع وجود بعض الصعوبة بين بلاد الشام ودول الخليج. بينما بين البلدان العربية في آسيا وأفريقيا فإن التفاهم ممكن فقط باللغة العربية الفصحى، باستثناء اللهجة المصرية والتي تفهم في كل البلاد العربية تقريباً بسبب التأثير الواسع للتلفزيون المصري الذي كان أول من غزا المنازل في كل الوطن العربي.

اللغة العربية الفصحى هي لغة تستخدم على نطاق واسع من قبل المسلمين غير العرب لأنها لغة القرآن الكريم. هذه اللغة بسبب بنيتها تعتبر لغة موجهة إلى الماضي، وهذا هو السبب في أن الثقافة العربية والإسلامية هي ثقافة تركز على الماضي، وكذلك فهي لغة ذات توجه يقيني ولذلك فالثقافة العربية والإسلامية هي أيضاً يقينية. وكما ذكرنا من قبل عن الثقافة العربية، فإن اللغة العربية هي لغة ذات محتوى سياقه مكثف، وكل كلمة خلفها موروث كبير من المعلومات، مما يجعل من الصعب ترجمتها إلى لغات أخرى والتفكير في الكشف عن جميع المعلومات وراء هذه الكلمة كي يعطى المعنى المقصود في العربية. (٦٢)

مع العولمة جاءت الحاجة إلى إتقان المزيد من اللغات لتسهيل التواصل مع الدول الأخرى وفهم ثقافتها، لذلك كثير من الناس في العالم يتحدثون بأكثر من لغة واحدة، وبعض الدول تبنت لغة ثانية بشكل رسمي. في الدول العربية بسبب تأثير الاستعمار والمصالح الاقتصادية والسياسية معظم الدول تبنت الإنجليزية أو الفرنسية كلغة ثانية رسمية.

اللغة الثانية وفقاً للقاموس المجاني فارلوكس هي "لغة غير أصلية معتمدة ومقبولة في بلد متعدد اللغات كوسيلة للتواصل العام، ووفقاً لأشورث (١٩٩٢) هي "لغة مكتسبة من قبل شخص بالإضافة إلى لغته الأم". (١٠٨) اللغة هي أساس التواصل؛ ووفقاً لهاليداي "هي نظام سيميائي ووسيط وظيفي تتفاعل فيه مع بعضنا البعض باستخدام علامات ورموز تتضمن على سبيل المثال لا الحصر الكلمة المنطوقة". (١١٣)

اللغة كأداة اتصال تعود إلى المصريين الهيدروغرافيين والأساطير اليونانية الذين عبروا عن نمط حياتهم وثقافتهم الخاصة من خلال لغتهم الموروثة. (١١٤)

إن الكلمات في اللغة وطريقة التحدث ونبرة الصوت جميعها لها معنى معروف بالنسبة لأولئك الذين يتشاركون ذات اللغة، أي أن اللغة تحدد هوية الأمة وهي إشعار لثقافتها، وهذا هو السبب في أننا نشعر براحة أكبر وسلاسة حين نتحدث باللغة الأم، وهذا أيضا يؤكد أن إتقان لغة ما ليس كافياً للتعبير عن المعنى المراد ايصاله، فالخلفية الثقافية يمكن لها أن تغير المعنى الكلي للغة ذاتها.

وفقا لكينل أراسي وكاربايا التواصل "هو عملية مستمرة وديناميكية بين شخصين تتشكل من سلسلة من الأحداث المتغيرة والتفاعل المستمر". (١١٥) بعبارة أخرى "إنها عملية تسمح للناس بتبادل المعلومات عن أنفسهم وبيئتهم من خلال العلامات والأصوات والرموز والسلوكيات". (١١٥) هي عملية معقدة يتم من خلالها تبادل الأفكار والعواطف بشكل لفظي وغير لفظي. (١١٦)

تعتبر هذه العملية أحد مكونات المهارات الاجتماعية، والتي وفقاً لكابالو (٢٠٠٧) هي "مجموعة من السلوكيات التي يسلكها الفرد في سياق شخصي يعبر عن مشاعر أو مواقف أو رغبات أو آراء أو حقوق هذا الفرد بطريقة مناسبة للموقف مع احترام سلوكيات الآخرين، وهذه المجموعة من السلوكيات تحل بشكل عام المشاكل الفورية في وضع ما وتقلل احتمال حدوث مشاكل في المستقبل". (١١٥)

حدد كابالو سلسلة من مكونات المهارات الاجتماعية، بما في ذلك المكونات السلوكية التي تشمل: (١١٥)

- التواصل غير اللفظي: الشكل، الإيماءات، التعبير الجسدي، المواقف، اللمس، إلخ.

- التواصل المحاذي للغة: نغمة الصوت، حجم الصوت، الوضوح، الإيقاع، الطلاقة، الثقة، إلخ.

يجب أن يعكس كلا العنصرين الأفكار والمشاعر وأن يتزامنا مع الرسالة اللفظية، وفي الوقت نفسه يجب عليهما احترام خصوصية وتفضيلات ومعتقدات وقيم المرضى وعائلاتهم، التفسير الصحيح للغة غير اللفظية للمريض يسمح لنا من ناحية بجمع المزيد من المعلومات عنه، ومن ناحية أخرى يمكننا من العمل على إيماءاتنا وإشارات الجسم الخاصة بنا لتجنب الرسائل الخاطئة.

التواصل اللفظي هو الخط الأول للتواصل، والتعبير اللفظي الصحيح هو مفتاح الفهم والتفاعل الصحيح؛ يتطلب هذا النوع من التواصل معرفة لغوية عامة ومهنية خاصة بكل مهنة.

المهارات الاجتماعية في مهنة التمريض أساسية كون دور الرعاية يخضع طاقم التمريض للتفاعلات الشخصية بشكل مستمر، وهذه المهارات تسمح له بالحفاظ على التواصل الفعال وتقديم الرعاية الجيدة، وعلى الرغم من أن المهارات الاجتماعية ضرورية في ممارسة التمريض فإن أدوات التواصل ضرورية أيضا.

من أجل التواصل الفعال من الضروري إتقان اللغة وفهم سياقها الاجتماعي والثقافي، وهذا ضروري بشكل أكبر في بيئة مهنية مثل التمريض حيث تكون المهارات الاجتماعية المناسبة هي المفتاح للتقييم الصحيح لاحتياجات المريض وبيئته الاجتماعية ولوضع خطة الرعاية والحفاظ على التفاعل الفعال وإقامة علاقات علاجية ملائمة تسهل توفير الرعاية التمريضية الجيدة للمريض وأفراد أسرته.

وفقاً لغريغوري (٢٠٠١) هناك مجموعة من ٧ مهارات اتصال ضرورية للقاء العلاجي سواء للمرضى أو للأطباء: (١١٧)

١- بناء العلاقة الصحية بين العاملين والمرضى

٢- فتح المناقشة

٣- جمع المعلومات

٤- فهم وجهة نظر المريض

٥- تبادل المعلومات

٦- التوصل إلى اتفاق حول المشاكل والخطط

٧ - انتهاء اللقاء

تؤكد اللجنة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية أن "حواجز الاتصال مسؤولة عن ٨٥٪ من الحوادث الخافرة في المستشفيات". (١١٨)

يتم تعريف الحدث الخافر بـ "ضرر جسيم على صحة أو حياة المريض يعرضه لخطر الموت وعواقب وخيمة، أو احتمالية المعاناة منها في المستقبل". (١١٩)

في منشور نشر عام ٢٠١٧ عن تقرير وزارة الصحة السعودية للأعوام ٢٠١٢-٢٠١٥ حول تحليل الحوادث

الخافرة يشار إلى أن التواصل الغير فعال مسؤول عن ٣٥٪ من هذه الحوادث. (١٢٠)

تنجم الصعوبات في التواصل بين طاقم التمريض والمرضى عن مجموعة من العوامل الشخصية والثقافية والمهنية والتنظيمية والإدارية وعوامل متعلقة بالجنس. (١١٤)

الأبحاث حول التواصل في القطاع الصحي تؤكد أن الحواجز اللغوية والثقافية هي أكبر عقبة أمام التواصل الفعال في مجال الصحة، ويمكن أن تؤدي إلى خطأ في التشخيص وسوء الفهم وعدم قدرة الممرضات على ربط احتياجات المرضى بالنتائج المرجوة وعدم فعالية خطة الرعاية.

جزء من التواصل اليومي للمرضى والممرضات مع المرضى وعائلاتهم يحتوي على معلومات طبية تتطلب استخدام المصطلحات التقنية، لذلك فإن من المهم الحصول على الأدوات اللغوية المناسبة والمعرفة الكافية لاستخدام مفردات واضحة وملموسة وسهلة الفهم عند التواصل مع المرضى وعائلاتهم، كذلك "يجب أن يكون التواصل في التمريض بلغة تعبر عن المعنى ومفهومة لجميع العاملين بغض النظر عن تخصصهم أو مكان عملهم". (١١٤)

إذا كان تحويل مصطلح تقني إلى مصطلح عام من نفس اللغة أمراً معقداً فما بالك إذا كانت معرفتنا اللغوية المهنية أو الفنية مبنية على لغة أخرى.

هذا هو الحال في الدول العربية، حيث اللغة الرسمية للدراسات التمريضية واللغة الرسمية المهنية في مراكز الرعاية الصحية المختلفة هي الإنجليزية أو الفرنسية واللغة الأم للمرضى والمرضى هي اللغة العربية، من ناحية أخرى نسبة كبيرة من المرضى والممرضات في المنطقة هم وافدون ولا يتحدثون العربية. (٥٦،٥٠،٤١،٢٤)

تمثل الحواجز اللغوية بين المرضى والممرضات والممرضات الوافدين في الدول العربية والمرضى مصدر قلق كبير في المنطقة، كما أن الحواجز الثقافية لها تأثير سلبي كبير على جودة الرعاية التمريضية.

يتطلب التواصل الفعال في هذه الحالة القدرة على ترجمة مصطلحات اللغة الثانية إلى العربية وتبسيطها لتوضيحها للمريض ثم ترجمة مجموعة المعلومات التي تم جمعها من المريض من العربية إلى اللغة الثانية لتسجيلها في سجلات التمريض (وهي كلها أيضاً باللغة الإنجليزية أو الفرنسية)، مما يجعلها مهمة معقدة وربما مصدر ثغرات في التواصل وأخطاء في التوثيق.

"الترجمة ليست فقط عملية فكرية إبداعية يتم من خلالها نقل نص مكتوب بلغة ما إلى لغة أخرى، ولكن كما أي نشاط بشري آخر يجب أن تتم في سياق اجتماعي وتاريخي محدد يقوم بتشكيله وهيكلته". (١٢١) إنها عملية معقدة نظراً لوجود لغتين وثقافتين.

إن الموارد الطبية الغربية المعتمدة في الدول العربية ليست مكتوبة بلغة أخرى فحسب، بل إن محتواها يتميز بالسياق الثقافي الغربي، ولذلك فإن ترجمتها إلى اللغة العربية فيها صعوبة مزدوجة كترجمة موجهة ثقافياً. في وقتنا الحاضر لا يتوفر ترجمة للموارد العلمية لمهنة التمريض إلى اللغة العربية.

يجب أن يؤخذ في الاعتبار أنه قد ثبت أن الأفراد يشعرون براحة أكبر في التعبير عن أنفسهم بلغتهم الأم، وخاصة في المواقف التي تنطوي على الكثير من العاطفة والتوتر، وحتى أكثر راحة في التعبير عن أنفسهم في بيئة ثقافية معروفة؛ إن التراث اللغوي للغة الأم والمعايير الثقافية المكتسبة من الولادة تجعل من السهل التفاعل باستخدام تلك

ولهذا السبب نعتقد أن هذا الاعتماد الكلي على الموارد الغربية والنقص الكامل في المراجع باللغة العربية يسبب انحرافا في جودة الرعاية التمريضية وربما يكون أيضاً أحد أسباب النقص في الطواقم التمريضية الوطنية في المنطقة العربية.

لا توجد دراسات حول القيود الناجمة عن هذا الوضع في العالم العربي، ومع ذلك هناك العديد من الدراسات التي تتناول التأثير السلبي للحواجز اللغوية على جودة الخدمات الصحية عند تقديم الرعاية للمرضى الذين يتحدثون لغة أخرى وعن فعالية خدمات الترجمة الشفهية.

في الوقت نفسه تؤكد الدراسات حول مستوى اللغة الإنجليزية كلغة أجنبية أو لغة ثانية في العالم العربي أنه ليس بالمستوى المطلوب ومثير للقلق.

بعد كل ما سبق، نتساءل عما إذا كان طلاب التمريض يصلون إلى الجامعة بمستوى أساسي من اللغة الإنجليزية يسمح لهم بفهم المواد النظرية والتقنية التي يتم تدريسها مباشرة.

لقد تم إدخال اللغة الإنجليزية إلى النظام التعليمي في الأردن منذ حوالي أربعة عقود وكانت تعتبر لغة مرموقة، لكن على الرغم من ذلك، أظهرت نتائج اختبار اللغة الإنجليزية لعام ٢٠١٤ لطلاب الثانوية العامة في الأردن أن نسبة النجاح كانت ١٥٪ فقط، وهذا يدعم البيانات المقدمة من المنظمات الدولية التي تؤكد أن مستوى الكفاءة الإنجليزية في الأردن قد تدهور مقارنة بالمستوى العالمي. (١٢٣)

وهناك حقيقة أخرى مثيرة للاهتمام وهي انخفاض عدد الطلاب الذين اجتازوا اختبار الكفاءة في اللغة الإنجليزية للالتحاق بالجامعة، مقابل ٥٣٤ طالباً وطالبة ممن اضطروا للتسجيل في مادة اللغة الإنجليزية عند دخول الجامعة بسبب الرسوب في امتحان الكفاءة في العام الدراسي ٢٠٠٧-٢٠٠٨، كان هناك ٩٦٧ طالباً وطالبة ممن اضطروا إلى ذلك في العام الدراسي ٢٠١٢-٢٠١٣.

وكمثال إضافي، تبنت عمان تدريس اللغة الإنجليزية كلغة أجنبية لمواكبة العولمة والاعتراف بأهميتها للتطور الاقتصادي والعام، بدأت في عام ١٩٧٠ بإدخاله في المدارس العامة من الصف الرابع وفي عام ١٩٩٨ من الصف الأول في بعض المدارس، وعلى مستوى الجامعة في عام ١٩٨٦، ومع ذلك استمر طلاب الجامعات بالتخرج بمستوى منخفض من مهارات الاتصال الإنجليزية.

ووفقاً لوكالة مودي (Moody) (٢٠١٢) فإن برامج اللغة الإنجليزية في المدارس والجامعات "لا تأخذ بعين

الاعتبار السياق الاجتماعي اللغوي في منطقة الخليج ومع من سيتم التواصل باللغة الإنجليزية". (١٢٤)

يشير مؤشر ال (EF EPI) الذي يمتحن ويصنف متوسط مستوى مهارات اللغة الإنجليزية لدى الشباب في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA) في تقريره الأخير أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تحتل المركز ال ٧٠ بين دول العالم في مستوى الكفاءة في اللغة الإنجليزي، وأن مستواها قد انخفض ما بين عامي ٢٠١٣ و ٢٠١٥. (١٢٣)

يواجه الطلاب في الشرق الأوسط تحدياً صعباً للغاية عند دخول الجامعة، حيث يفرض عليهم الدراسة والتواصل باللغة الإنجليزية بمجرد بدء دراستهم الجامعية، وذلك يعتبر تغييراً جذرياً للغاية بالنسبة لهم حيث أن اللغة العربية في خط سيرهم التعليمية كانت اللغة الرئيسية والوحيدة تقريباً، ولا يصل مستوى تدريس اللغة الإنجليزية في المدرسة أو المعهد إلى المستوى المطلوب في الجامعة.

"يشير دودلي إيفانز وسوالز (١٩٨٠) إلى أن النظام التعليمي في الشرق الأوسط يتميز بالاعتماد على الحفظ، ويضيف أنه لا يمكن استرداد المعلومات المخزنة من خلال الحفظ بسهولة أو انتقائية لدعم نقاش ما". (١٢٥)

وبطريقة التعلم هذه للغة الإنجليزية يواجه الطلاب تحدياً صعباً في حالة أن عليهم دراسة تخصص ما بكامل مواده بالإنجليزية كما هو الحال في تخصص التمريض.

غالبية العرب الذين يملكون مستوى عالٍ في اللغة الإنجليزية هم أولئك الذين درسوا وعاشوا لسنوات في بلد غربي أو في الولايات المتحدة، الكثيرون منهم قد انفصلوا عن ثقافتهم ولغتهم، والذين عادوا منهم إلى العمل في بلدهم الأصلي يطبقون المعرفة المكتسبة في الخارج مع كل المحتوى الثقافي الغربي، ولم يبذلوا جهداً لتكييفها مع الثقافة أو اللغة العربية، وشكلوا بذلك مصدرًا لتعليم المصطلحات بلغات أخرى مثل الإنجليزية والفرنسية.

هذا التوجه ينقل إلى الطلاب القيم والمعتقدات والمنظورات الثقافية الغربية ويسبب أزمة هوية للطلاب العرب الذين كانوا حتى ذلك الوقت قد حددوا هويتهم بلغتهم وثقافتهم.

وفقاً لفاريه ٢٠١٠ فإن التحديات التي تواجه تدريس اللغة الإنجليزية كلغة ثانية في البلدان العربية هي: (١٢٦، ١٢٧)

١ - المعلمون الغير معدين ومنهجيات التدريس الغير مناسبة.

٢ - الأنشطة التي تركز على المعلم بدلاً من الطالب.

٣ - الاستعداد والاعداد المبدئي والتحفيز لدى الطلاب.

٤ - التقسيم مقابل نهج اللغة المتكاملة.

٥ - عدم التركيز على تنمية المهارات: التركيز على التعلم بالحفظ.

٦ - الكتب المدرسية والمواد التعليمية.

## ٧- طرق التقييم.

### ٨ - انخفاض فرص التواصل باللغة الإنجليزية.

بالإضافة إلى ذلك هناك شكوك قد تكون من العوامل المضافة للتحدي المتمثل في تحقيق مستوى الكفاءة المتوقع: (١٢٦)

١- ما إذا كان المنهج واضحاً في أسباب وأهداف تدريس اللغة الإنجليزية.

٢- ما إذا تم تطوير المنهج بعد تحليل الاحتياجات.

٣- ما إذا تم تعديل الكتب والمواد بما يتناسب مع احتياجات الطلاب.

٤- ما إذا تم تحديث المعلمين في المنهجيات الجديدة لتدريس اللغة الإنجليزية.

٥- ما إذا كان الطلاب متحمسون ولديهم الدافع لتعلم اللغة.

في دراسة أجريت في عام ٢٠١٨ لاستكشاف التحديات التي يواجهها طلاب اللغة الإنجليزية من أصل عربي في الولايات المتحدة، أظهرت النتائج أن سيطرة اللغة العربية قوية جداً، ولدى العرب أسلوب اجتماعي وتواصل شفوي خاص جداً، وفي التعلم يميلون إلى الاستماع والتحدث أكثر من القراءة والكتابة مما يقلل من مستوى الدقة، ويحافظون أيضاً على تعبيراتهم المكتوبة وأسلوب كتابتهم بدلاً من تعلم بنية اللغة الإنجليزية المكتوبة. كذلك فإن العرب لديهم صعوبات في الفهم والسمع والنطق الصحيح بسبب التحضير السابق في بلدهم الأصلي، حيث يتم استخدام طرق التدريس التقليدية بغياب التعرض لمحادثات مع ناطقون أصليون باللغة الإنجليزية. (١٢٨)

ووفقاً لخويلة وشومالي (٢٠٠٠) فإن الطلاب العرب "يفكرون عادة ويحضرون أفكارهم بلغتهم الأم ثم يترجمونها إلى الإنجليزية". (١٢٩)

كشفت دراسة أخرى حول تحليل الرسائل المكتوبة باللغة الإنجليزية من قبل الطلاب الأردنيين "استخدام النمط العربي في الكتابة وأن اللغة المستخدمة تعكس أنماط التفكير في الثقافة العربية، والتي تتميز بالإسهاب وأسلوبها غير المباشر". (١٢٩)

كما يميل العرب إلى المبالغة والتكرار والإصرار للتأكد من إن يتم فهمهم وتصديقهم.

للتقرب أكثر إلى ما يتعلق بمهنة التمريض، نعرض نتائج دراسة أجريت في الأردن تهدف إلى استكشاف أهمية دورة اللغة الإنجليزية لأغراض محددة قائمه على أساس مقابلات مع المعلمين وطلاب التمريض في إحدى جامعات القطاع الخاص، حيث تؤكد هذه الدراسة على استخدام اللغة الإنجليزية كلغة تعليمية للتمريض وقلق أساتذة الجامعات والمشرفين حول الصعوبة التي يواجهها الطلاب في التواصل مع المرضى العرب كون أعدادهم الدراسي

يتم باللغة الإنجليزية. (١١٧)

تأكد الدراسة أيضاً وجود صعوبة مقلقة متعلقة بتناقل المعلومات السريرية مع العاملين في الفريق الطبي وفي فهم التوجيهات التي يتلقونها من المدرسين والمشرفين.

إن الصعوبة في التواصل الكتابي والشفوي في اللغة الإنجليزية بين طلاب التمريض أمر مثير للقلق بالنسبة للخبراء في العالم العربي، على الرغم من حقيقة أن جميع الطلاب يخضعون لامتحان الكفاءة وإذا لم يجتازوا ذلك يجب عليهم التسجيل في مادة اللغة الإنجليزية. (١٢٥)

ليس مطلوباً من طاقم التمريض أن يتقن اللغة الإنجليزية العامة فقط، بل أيضاً أن يتقن استخدام المصطلحات الفنية العلمية باللغة الإنجليزية، والتي تعد بحد ذاتها لغة ثانية كما يقول جهديه ٢٠٠٣. (١٢٥)

ووفقاً لألن دوف فإن اللغة لا تحتوي دائماً على مرادفات لغة أخرى، كما يؤكد بينشوك أيضاً: "ستكون هناك أيضاً تباينات في المستوى المعجمي، ومن المرجح أن لغة ما لا تحتوي على كلمات مرادفة لتعبر عن مفهوم ما في لغة أخرى". في الوقت نفسه يؤكد جون كاتفورد على أنه "على الرغم من أنه من الممكن دائماً إيجاد مرادفات لترجمة الجمل، إلا أنه من الصعب في كثير من الأحيان القيام بذلك بين العناصر المعجمية". (١١٠) وهذا يقودنا إلى استنتاج مفاده أن الترجمة المطلقة للمصطلحات العلمية من لغة إلى أخرى ليست سهلة.

وفقاً لميوتز ٢٠١٥، عندما يفتقر المهنيون الصحيون إلى المهارات الثقافية واللغوية وفي غياب المترجمين الفوريين قد يلجأ المريض إلى أحد أفراد عائلته ثنائي اللغة وبدون أي خبرة طبية ليتترجم له الحوار الطبي مما يزداد خطر سوء التواصل والأخطاء في الترجمة. (١٣٠)

للتعامل مع هذه المشكلة في عالم يزداد فيه الطلب على ترجمة المصطلحات والمفاهيم العلمية، طور الخبراء اللغويون العرب أساليب وتقنيات لبناء وتوسيع المفردات العربية، بما في ذلك: القياس والتركيب والنحت والاشتقاق والمجاز والتعريب والترجمة. (١١،١١٠)

وفقاً لمحمد السعدي فإن التعريب "يشير إلى التوسع المعجمي الذي ينطوي على تحويل أو اختراع كلمات جديدة إما من الجذور الموجودة أو من خلال ترجمة المصطلحات الأجنبية أو اعتماد كلمات موجودة مقترضة من اللغات الأجنبية أو إعادة تنشيط وإحياء استخدامها القديم في نفس اللغة". (١١٠)

إن التعريب كعملية يدرس العلاقة بين اللغة والمجتمع وتأثير أحدهم على الآخر، ظهرت فكرة هذه العملية في القرن

التاسع عشر بعد نهاية الهيمنة العثمانية في المنطقة في محاولة لاستعادة ما فقدته اللغة بسبب التراث اللغوي



العثماني، لكن التقدم كان محدودًا جدًا بسبب الكتب المجردة المستخدمة في التعليم واعتماده على الترجمة الأدبية للكتب الغربية، مما تسبب في تأخير في تحقيق الأهداف الحقيقية لهذه الحركة التي من بينها إظهار أن اللغة هي صوت الثقافة. (١٣١)

في يومنا هذا تواجه هذه الحركة تحديات أخرى تهدد سلامة اللغة العربية الكلاسيكية بما في ذلك: (١٣١)

- الاحتلال الاسرائيلي

- الدعوة لتجاهل العربية الفصحى واستخدام اللهجات المحكية.

- الاستعمار الثقافي الغربي والأمريكي الذي يهيمن على العالم العربي وأنظمته التعليمية

- الإيمان بأن اللغة العربية ليست قادرة على توفير مفردات مختصة في جميع مجالات العلوم والتكنولوجيا

- الأساتذة الذين تم تدريبهم في الغرب وينقلون اللغة والقيم الغربية

- تأثير وسائل الإعلام في إدخال المزيد من المصطلحات الأجنبية

اعتمدت أكاديميات اللغة العربية التي تأسست في دمشق والقاهرة وبغداد والرباط وعمان على نظرية التعريب وبدأت عملية تعديل في قوائم المصطلحات، بما في ذلك قوائم المصطلحات الفنية والعلمية، وذلك بهدف استبدال المصطلحات المأخوذة من اللغات الأخرى مثل الإنجليزية واليونانية واللاتينية والفرنسية بمصطلحات أصلية من اللغة العربية الكلاسيكية.

واجهت هذه الحركة الكثير من الجدل المضاد، بحجة رئيسية هي أن هذه العملية ستتسبب بدخول العديد من الكلمات النادرة التي ستطغى على اللغة وتسبب ضرراً على تكاملها. (١١٠)

إن لعملية التعريب مكانة رسمية منذ إنشاء "الأكاديمية العربية" في عمان، والتي تهدف إلى تنسيق جميع الجهود في البلدان العربية لتوحيد المصطلحات العلمية والتقنية. (١١٠)

قامت هذه الأكاديمية بنشر ٨٠ كتاب مرجعي في تخصصات علمية تهدف إلى تعريب التعليم الجامعي واعتماد اللغة العربية لتكون لغة البحث العلمي والتقنيات الحديثة في الجامعات العربية. بالإضافة إلى ذلك طلبوا من لجناتهم الطبية أن تختار مرجعاً في الجراحة العامة لتعريب مصطلحاته ونشروا قاموساً مكوناً من أربع مجلدات يُستخدم اليوم في الجامعات الأردنية.

تعتقد الأكاديمية أن "التعريب هو ضرورة ثقافية ووطنية لبناء الثقافة العربية". (١٣١)

يوصى باستخدام اللغة العربية في التعليم وكوسيلة للتعليم والإشراف العلمي والعمل، تؤكد اليونسكو أنه "يجب بذل

كل جهد لتوفير التعليم باللغة الأم". (١١٠)

المشكلة اللغوية والثقافية في ممارسة التمريض في المنطقة العربية لا تنتج بالضبط عن علاج المرضى الذين يتكلمون لغة مختلفة عن لغة الممرضات والممرضين، بل بالفارق بين لغة الدراسة واللغة الأم للمرضى والذي يعتبر أيضا حاجزا لغويا.

لسوء الحظ، تم تهيمش اللغة العربية وتجاهلها حتى أصبحت لغة غير حية في نظم التعليم الجامعي، على الرغم من حقيقة أن التراث العربي الإسلامي غني ويحتوي على كلمات ومصطلحات أكثر من كافية لاستخدامها في الدراسات الجامعية. (١٣١)

هذا لا ينتقص من حقيقة أن الاعتماد الكبير على الممرضات والممرضين الوافدين في العديد من الدول العربية قد ولد مشكلة لغوية وثقافية حرجة، لكننا نعتبر أن هذا الجانب هو مشكلة كفاءة ثقافية ومشكلة معايير توظيف، ويجب على قادة المهنة في هذه الدول تقييمها وفرض معايير توظيف أكثر صرامة، ربما اشتراط مستوى مقبول في اللغة العربية، فعلى المستوى الدولي، يخضع الممرضون المهاجرون لاختبار لغوي يضمن حصولهم على أدوات الاتصال الضرورية للتواصل الفعال مع المرضى ولتوثيق الملاحظات التمريضية بشكل صحيح ولتجنب الارتباك وسوء الفهم الذي يمكن أن يكون حرجًا في الرعاية الصحية ويؤثر سلبيًا على جودة الرعاية. (١٢٢)

الصورة العامة للوضع في المنطقة العربية يشير إلى نقص في الكفاءات اللغوية المهنية سواء باللغة الأم أو في اللغات الثانية عند التواصل مع المرضى وبقية العاملين في الفريق الطبي. نعتقد أنها صورة مقلقة للغاية ويجب أن يكون لها أولوية في البحث لإيجاد صيغة فعالة تضمن جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.



**"الذكاء ليس فقط في المعرفة ولكن أيضا في البراعة في تطبيقها عمليا"**

أرسطو

---

#### ٦.٤. التوثيق والسجلات التمريضية:

وضعت النظريات والمعرفة العلمية الخاصة مهنة التمريض في مكان نشط وأساسي في قائمة المهن الصحية كمهنة مستقلة.

إذا كان التمريض مهنة مستقلة وتوفر الرعاية الصحية بناءً على معرفة علمية خاصة فيجب أن ينعكس ذلك بشكل جيد في التاريخ الطبي للمريض.

يعتبر توثيق الأنشطة التمريضية مرحلة مهمة مثل الرعاية التمريضية نفسها لضمان جودة الرعاية التمريضية وسلامة المرضى.

واحدة من الكفاءات الأساسية لموظفي التمريض هي القدرة على توثيق و/أو الإبلاغ عن مشاكل المريض واحتياجاته جنباً إلى جنب مع العلامات السريرية والاستجابات السريرية وأنشطة التمريض التي نفذت. (١٣٢) في إسبانيا يعرف القانون (٢٠٠٢/٤١) الذي ينظم التوثيق السريري التاريخ السريري بأنه "مجموعة الوثائق التي تحتوي على بيانات وتقييمات ومعلومات من أي نوع تتعلق بالحالة والتطور السريري للمريض على طول الرعاية السريرية". (١٣٣)

يحدد هذا القانون نفسه في مادته ١٥ المعلومات الأساسية الواجب ورودها في التاريخ السريري للمرضى أو المستخدمين: (١٣٤)

"سيشمل التاريخ السريري المعلومات التي تعتبر أساسية للمعرفة الصادقة والمحدثة عن الحالة الصحية للمريض، لكل مريض أو مستخدم الحق في الحصول على سجل مكتوب من المعلومات التي تم الحصول عليها في جميع عمليات الرعاية الصحية المقدمة سواء في مراكز الرعاية الصحية الأولية أو في مراكز الرعاية المتخصصة". طاقم التمريض هو الذي يقضي معظم وقته مع المرضى، وهذا التفاعل المستمر والمكثف هو مصدر للمعلومات عن المريض، والتي عند تسجيلها تصبح متاحة لبقية العاملين في الفريق الطبي ويقدم دليلاً على الرعاية المقدمة ويطور قاعدة بيانات معرفية تمريضية يمكن استخدامها لأهداف البحث العلمي ومراقبة جودة الرعاية وربحية خدمات التمريض وتتوافق مع المتطلبات القانونية المتعلقة بحق المريض في كتابة بياناته السريرية. (١٣٥، ١٣٤)

يمكن أن تكون وثائق التمريض يدوية (على الورق) أو محوسبة كما هو الحال في أنظمة السجلات الصحية الإلكترونية، وفي كلتا الحالتين يجب أن تستند إلى نظام قياسي يضمن التنفيذ الصحيح والدقيق والشامل والذي بدوره يضمن جودة الخدمات وسلامة المرضى.

بشكل عام تعتبر السجلات اليدوية ليست ذات جودة توثيق عالية ولا ذات فعالية عالية للتواصل بين المهنيين، كما أنها تستغرق وقتاً طويلاً وتحتوي على معلومات غير صحيحة وتفتقر إلى الدقة.

ترتبط جودة توثيق التمريض ارتباطاً مباشراً بسلامة المرضى، لذا يجب أن تكون واضحة وموثوقة ودقيقة وشاملة ومفهومة حتى للاستخدام خارج المجال الصحي.

توضح الدراسات أن ثقافة مهنة التمريض هي ثقافة شفوية بسبب ميل طاقم التمريض للتواصل شفهيّاً بدلاً من النماذج الكتابية، عند تغيير النوبات يقوم الممرضون بتبادل كل المعلومات ذات الصلة حول رعاية المريض ودورهم في الرعاية شفهياً، ويتركوا للتوثيق ملاحظاتهم وأنشطتهم مما يؤدي إلى فقدان المعلومات الهامة عن حالة المريض، ويمكن أن يكون للمعلومات الخاطئة والمفقودة عواقب وخيمة تهدد حياة المرضى.

يميل طاقم التمريض إلى استخدام مفاهيم وعبارات مفهومة فيما بينهم ولكنها لا تعني شيئاً للآخرين حتى داخل فريق الرعاية الصحية نفسه.

هذه المعضلة الناجمة عن الاتجاه المذكور والاعتماد على السجلات اليدوية خلقت التوجه للتفكير في فوائد السجلات الطبية الإلكترونية والتي يمكن أن تكون ذات فائدة كبيرة لتجنب الأخطاء والحصول على سجل موحد وشامل وسهل القراءة والفهم للجميع.

منذ عام ١٩٦٠ تم استخدام تكنولوجيا المعلومات الصحية في العديد من المستشفيات في البلدان المتقدمة، ولكن هذا ليس هو الحال في البلدان النامية مثل الدول العربية. (١٣٦)

أقر القادة في مجال الصحة في البلدان المتقدمة بأهمية استخدام تكنولوجيا المعلومات الصحية في مراكزهم الصحية ووضعوا استراتيجيات لتطبيقها.

وكمثال على ذلك يوجد لدى إسبانيا نظام معلومات صحية في النظام الصحي الوطني يعرف بأنه "عنصر أساسي قادر على قياس فعالية نظام الحماية الصحية وكفاءته وقدرته على الاستجابة". (١٣٤)

أما بالنسبة للبلدان العربية، فقد تم إدخال النظم الصحية الإلكترونية منذ فترة طويلة لكن تطبيقها لا يزال محدوداً، وتستمر العديد من المستشفيات في العمل بنظم التوثيق اليدوي مما يجعل من الصعب الحصول على نظام موحد ورابط وطني يربط بين مراكز الخدمات الصحية المختلفة. (١٣٧)

في الأردن كمثال هناك مشروع مستمر لإدخال الأنظمة الإلكترونية في المستشفيات العامة بالتعاون مع مبادرة وطنية تسمى "الحل الصحي الإلكتروني".

ليس لدينا بيانات حول وظائفه ونتائج بالنظر إلى أنها مبادرة جديدة. (١٣٨)

نسلط الضوء أيضاً على مبادرتين في الأردن ادخلتا الأنظمة الإلكترونية منذ زمن أحدهما المستشفى الاستشاري والذي بدأ العمل بنظام إلكتروني للتاريخ الطبي وبقية خدمات الدعم الإداري، والأخرى هي مستشفى الملك عبد الله التعليمي. (١٣٩)

أدى التوجه والاهتمام في الأردن إلى التحرك نحو استخدام السجلات الصحية الإلكترونية إلى سلسلة من الصعوبات، مثل كفاءة خريجي الجامعات في مهارات الحاسوب وفي إدارة أنظمة المعلومات الإلكترونية والحفاظ على سرية البيانات والقلق بشأن شكل الصورة الجديدة للرعاية وسط بيئة تسيطر عليها التكنولوجيا تماشيًا مع هذه المخاوف أضافت جميع كليات التمريض في الأردن مادة مهارات الحاسوب الأساسية والمتقدمة، وبدأت بعض الجامعات بتقديم دورات عبر الإنترنت وإطلاق مبادرات "التعلم الإلكتروني". (١٣٩)

في الإمارات العربية المتحدة يعد إدخال الأنظمة الصحية الإلكترونية جزءًا من تطورها الاقتصادي السريع في السنوات الأخيرة ويهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية، بدأ هذا الاتجاه في عام ٢٠٠٨ مع خطة لإدخال هذه الأنظمة في المستشفيات العامة على مدى ثلاث سنوات. (١٣٦)

أظهرت دراسة أجريت في عام ٢٠١٦ لقياس مدى رضا العاملين الصحيين فيما يتعلق باستخدام هذه الأنظمة أن ٤٦،٦٪ من المشاركين لديهم مستوى عالٍ من الرضا وأن العقبات الرئيسية التي واجهوها خلال تطبيق هذا النظام هي عدم ثقتهم من فائدته للمريض ونقص الدعم الإداري والشكوك حول موثوقيته ونقص مهارات الكمبيوتر وقلة التدريب.

في المملكة العربية السعودية، كما هو الحال في بقية البلدان العربية هناك تباين بين المستوى العالي من الاهتمام والجهود الضعيفة المبذولة من أجل تخطيط وتنفيذ الأنظمة الصحية الإلكترونية، سبب هذا الاختلاف ليس المستوى التكنولوجي للبلد بل نقص الدعم الفني لهذه الأنظمة أثناء تنفيذها وبعده غياب الدعم المالي بالإضافة إلى عوامل أخرى مذكورة مثل انخفاض كفاءة العاملين الصحيين في مهارات الحاسوب وعدم التحضير والتدريب ومقاومة المهنيين والقائمين على التغيير. (١٤٠)

في مقال نشر في عام ٢٠١٥ استكشف المؤلفون من خلال مراجعة المقالات المنشورة جوانب مختلفة تتعلق بالنظم الإلكترونية في القطاع الصحي في العالم العربي، الدراسات المراجعة تؤكد ما يلي: (١٣٧)

١. يجب إدخال نظم المعلومات الإلكترونية في الأنظمة الصحية في جميع الدول.



٢. تخلفت الدول العربية عن تطبيق هذه الأنظمة رغم أن العديد من الدول تبدي اهتماما كبيرا خاصة في السجلات الإلكترونية الطبية.

٣. تعد نظم المعلومات الصحية أكثر الطرق فعالية من حيث التكلفة لتوفير خدمات صحية عالية الجودة.

٤. يجب على الدول العربية تحديد استراتيجياتها وإزالة العقبات التي تحد من تنفيذ هذه الأنظمة

٥. إن العقبات التي تحول دون تبني هذا الاتجاه العالمي عديدة منها: نقص الموارد المالية اللازمة لتنفيذ الأنظمة

وتدريب العاملين والبيروقراطية ونقص الإدارة في المستشفيات وانخفاض مستوى الكفاءة في تكنولوجيات المعلومات بين العاملين (مما يولد مقاومة لاستخدامه) ونقص الموظفين المتخصصين والمؤهلين في تكنولوجيات المعلومات وانعدام المعرفة حول الأنظمة الصحية الإلكترونية بين مديري المستشفيات والجهل في قيمته وأهميته. من المهم أن نعرف أن مقاومة تطبيق تقنيات المعلومات في الأنظمة الصحية الملحوظة في العالم العربي ليست فقط ناتجة عن العقبات التقنية والتنظيمية والمالية بل أيضاً عن الاتجاهات الثقافية والسلوكية والمعتقدات.

لقد ذكرنا من قبل أن العرب لا يشعرون بالارتياح تجاه التغيير ويسبب لهم الشعور بعدم الأمان، ويتعمق هذا الشعور أكثر عندما لا يكون لديهم المهارات اللازمة لمواجهته. وينطبق هذا على هذه المسألة: عدم وجود كفاءات في تكنولوجيا المعلومات والتغيير الجذري في طريقة العمل التي تسببها الأنظمة الإلكترونية وعدم وجود تغذية مرتدة ضرورية لتقييم الاحتياجات وتحسين المشاريع يولد مقاومة لهذه الأنظمة.

نعود إلى موضوع التوثيق في التمريض، وفقاً لواند ويو وهيلي (٢٠١٣) "نوعية وثائق التمريض تعتمد على ٣ مكونات: المحتوى والعملية والهيكل". (١٣٨)

يجب أن يعكس المحتوى الواقع بشكل كامل ودقيق من خلال عملية تركز على كمال وسلامة بيانات المريض وعلى أساس بنية تتضمن قابلية قراءة وسلامة معلومات المريض. (١٣٨)

يتطلب توحيد سجلات مهنة ما استخدام لغة موحدة خاصه بها، ومن هنا جاءت أهمية نظم المصطلحات التمريضية المشروحة سابقاً فيما يتعلق بسجلات التمريض.

شكلت نظم مصطلحات التمريض كما ذكرنا من قبل خطوة كبيرة في تاريخ تطوير المهنة، وهي ذات أهمية كبيرة لضمان جودة الرعاية التمريضية المقدمة نظراً لأنها توفر أداة سهلة الإدارة ومنهجية وتركز على النتائج. هذه العملية المنهجية والمنظمة والموحدة تسهل تطوير سجلات التمريض الإلكترونية، حيث احتمالية الخطأ واستهلاك الوقت وإمكانية سوء الفهم والتلاعب في البيانات ضئيلة؛ على الرغم من أنه لا بد من الاعتراف بأن هذه الفوائد لا

تتحقق إلا من خلال امتلاك كفاءة عالية للغاية في استعمال هذه النظم وامتلاك المهارات الأساسية لاستخدام أجهزة الكمبيوتر والمرونة بتحصير وتدريب خاص حاول كيفية استعمال السجلات الإلكترونية.

تكمن ميزة عملية التمريض فيما يتعلق بالتوثيق في أنها توفر بنية منطقية للسجلات والتي بدورها تعمل كدليل يقود كوادرات التمريض إلى كيفية التوثيق بطريقة منهجية.

أظهرت العديد من الدراسات غياب أو سوء توثيق التشخيص والعلامات والأعراض والعوامل ذات الصلة والمداخلات التمريضية والنتائج في سجلات التمريض.

تظهر الدراسات وجود مشكلة في تصنيفات التمريض المتوفرة حالياً فيما يتعلق باستخدامها كأساس للسجلات الإلكترونية. ووفقاً لـ هيليسو ورولان، فإن النيك والنوك على سبيل المثال هما نموذجان مناسبان لتوثيق الحالات غير الإشكالية، ومع ذلك فهي غير مناسبة للحالات الحادة كما أنها تركز على المهام والأنشطة التمريضية، في حين أن خطة التمريض هي خطة شاملة تركز على المريض. (١٤١)

هذا النقد هو جزء من النقد العام لبعض الباحثين لعملية التمريض نفسها، مع الخوف من أن تصبح هي ذاتها الهدف بدلاً من الرعاية الشاملة للمريض.

كذلك أظهرت الدراسات أن التوثيق اليدوي يشمل الاحتياجات البيوفيزيائية للمرضى والملاحظات الطبية، لكنه لا يعكس الرعاية التمريضية ولا منظور المريض، العديد من الجوانب الحيوية الأخرى مثل حالته الروحية وتقييم مستوى الألم واحتياجات التخفيف الصحي كانت غائبة تماماً أو غير موثقة بشكل جيد. (١٤٢)

النظم الإلكترونية كبديل لها أيضاً عيوبها، مثل استهلاك الوقت الذي بدوره يمكن أن يقلل من الوقت الذي يقضيه الممرضون والممرضات في رعاية المرضى وازدواجية المعلومات وغياب المنظور الشامل. (١٤٢)

ومع ذلك فإن تطوير محتوى منظم لخطة الرعاية التمريضية يزيد من دقة السجلات ويبقيها موجهة للمريض.

تعتقد الباحثة أن عملية التمريض واستخدام لغات التمريض كأساس لسجلات التمريض أمر ضروري لتوفير رعاية تمريضية عالية الجودة، وفي نفس الوقت تتوافق مع الخوف من جعل العملية التمريضية نفسها هدفاً إذا لم نعمل بالبحث الكافي لقياس فعاليتها وتطبيقاتها في مناطق الخدمة المختلفة وفي ثقافات مختلفة وإذا لم نغير الأساليب التعليمية لربط النظرية مع الممارسة العملية.



"القوانين لن تتحسن أبداً إذا لم يكن هناك الكثير من الأشخاص يحملون  
مشاعر أخلاقية أفضل من القوانين الحالية"

جون ستوارت ميل



#### ٧.٤. القوانين والمواضيع القانونية المتعلقة بالصحة في الوطن العربي

يتم التحكم في جودة الخدمات الصحية من خلال الالتزام بمعايير جودة الرعاية.

يمكن تعريف جودة الرعاية بأنها "تقديم التجارب الأنسب لاحتياجات وتوقعات المستفيدين من الخدمات وفقاً للمصادر البشرية والمادية مع البشرية المتوفرة ومستوى التطور العلمي الحالي، لتحقيق أقصى قدر ممكن من الرضا سواء للمستخدم أو للمهنيين وبأفضل كلفة ممكنة". (١١)

الرعاية الصحية عالية الجودة هي تلك التي تستشعر الاحتياجات الصحية للأفراد والمجتمعات وتخصص الموارد اللازمة لتلبية هذه الاحتياجات.

هناك العديد من النماذج لتقييم جودة الرعاية المعترف بها دولياً مثل نموذج المنظمة الدولية للمعايير (ISO) ونموذج المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)؛ كلاهما يوفران مجموعة من المعايير التي يتم استخدامها كأساس لتقييم المرافق المختلفة في مراكز الرعاية الصحية. بينما معايير ضمان جودة الرعاية تضمن توفير خدمات عالية الجودة تلبي احتياجات المريض وتحمي سلامتهم فإن القوانين تضمن بعض الحقوق القانونية للمرضى والعاملين في القطاع الصحي وتفرض عليهم واجبات معينة بشكل يسمح لهم قانونياً بالمطالبة بهذه الحقوق وتجبرهم على الالتزام بواجباتهم.

بالنسبة لهذا البحث فإن القانون ٢٠٠٢/٤١ الصادر في ١٤ تشرين الثاني في إسبانيا، وهو القانون الأساسي لاستقلالية المريض والحقوق والواجبات في مسائل المعلومات والتوثيق السريري له أهمية خاصة: (١٤٤،١٤٣)

#### المادة ٢:

- ١- إن كرامة الإنسان واحترام استقلالية إرادته وخصوصيته ستوجه جميع النشاطات التي تهدف إلى الحصول على المعلومات والوثائق السريرية واستخدامها وأرشفتها وحفظها ونقلها.
- ٢- أي إجراء في مجال الصحة يتطلب بصفة عامة موافقة مسبقة من المرضى أو المستخدمين. الموافقة يجب الحصول عليها بعد تلقي المريض للمعلومات الكافية سيتم كتابتها في الحالات المنصوص عليها في القانون.
- ٣- يحق للمريض أو المستخدم أن يختار بحرية بعد تلقي المعلومات المناسبة بين الخيارات السريرية المتاحة.
- ٤- لكل مريض الحق في رفض العلاج، إلا في الحالات التي يحددها القانون. هذا الرفض يجب أن يكون مسجل كتابةً.
- ٥- الشخص الذي يشرح أو لديه إمكانية الوصول إلى المعلومات والوثائق السريرية ملزم بحفظ وتخزين هذه

المعلومات.

#### المادة ٤:

١- يحق للمرضى معرفة الهدف من أي إجراء طبي وكل المعلومات المتوفرة عنه مع حفظ الاستثناءات المفروضة بموجب القانون. بالإضافة إلى ذلك لكل شخص الحق في احترام عدم رغبته في الحصول على المعلومات. كقاعدة عامة تقدم المعلومات شفهيًا ويتم توثيقها في السجلات الطبية بشكل يعكس على الأقل طبيعة المداخلة الطبية وهدفها والأخطر المترتبة عليها والعواقب المحتملة.

٢- المعلومات السريرية تشكل جزء من كل الإجراءات الطبية وتوصل للمريض بطريقة مفهومة ومناسبة لاحتياجاته وتساعد على اتخاذ القرارات بكامل حريته وإرادته.

٣- يضمن الطبيب المسؤول عن المريض الالتزام بحقه في الحصول على المعلومات، وباقي أعضاء الفريق الطبي الذين يقومون بمساعدته أثناء عملية الرعاية الصحية أو من خلال قيامهم بإجراء أو تقنية ما سيكونون مسؤولين أيضًا عن إعلام المريض بالمعلومات اللازمة.

#### المادة ٧

١. لكل فرد الحق في احترام سرية البيانات المتعلقة بصحته وأنه لا يمكن لأحد الوصول إليها دون إذن مسبق بحماية القانون.

٢. سوف تعتمد المراكز الصحية الإجراءات المناسبة لضمان الحقوق المشار إليها في القسم السابق، وسوف تضع حسب الاقتضاء القواعد والإجراءات التي تضمن الوصول بشكل قانوني إلى بيانات المرضى.

#### المادة ٨

١. تحتاج جميع المداخلات المتعلقة بصحة المريض إلى الموافقة الحرة والطوعية من الشخص المتأثر، وذلك بعد حصوله على المعلومات الواردة في المادة ٤ وبعد تقييم كل الخيارات المتوفرة للحالة.

٢. ستكون الموافقة شفوية كقاعدة عامة، ومع ذلك سيتم تقديمها كتابيًا في حالات: التدخل الجراحي والإجراءات التشخيصية والعلاجية الغازية بشكل عام وفي حالة تطبيق الإجراءات التي تنطوي على مخاطر أو مضايقات أو خوف من الانعكاسات السلبية المتوقعة على صحة المريض.

٣. يحق لكل مريض أو مستخدم أن يتم تحذيره من إمكانية استخدام التشخيص والإجراءات التشخيصية والعلاجية المطبقة في مشروع تعليمي أو بحثي، والذي لا يمكن أن ينطوي في أي حل من الأحوال على أي خطر إضافي على صحته.

٤. يمكن للمريض أن يلغي موافقته كتابةً في أي وقت.

#### المادة ١١

من خلال وثيقة التعليمات المسبقة فإن أي شخص بالغ وقادر وحر يعبر عن رغباته مسبقاً، بحيث يتم الالتزام بها في الوقت الذي قد لا يكون قادر على التعبير شخصياً عن موافقته أو رفضه لظروف رعايته وعلاجه، أو في حالة الوفاة وما يخص مصير جسمه أو أعضائه.

#### المادة ١٤

١. التاريخ الطبي يشمل جميع الوثائق المتعلقة بكل عمليات رعاية المرضى مع تحديد الأطباء وغيرهم من المهنيين الذين شاركوا فيها من أجل الحصول على أقصى قدر ممكن من التكامل في تلك السجلات على الأقل في نطاق كل مركز.

٢. كل مركز يحفظ السجلات الطبية لمرضاه سواء كانت ورقية أو سمعية أو بصرية أو محوسبة أو من أي نوع آخر بشكل يضمن سلامتهما والتخزين السليم وإمكانية استرجاع المعلومات.

#### المادة ١٥

يتضمن السجل السريري المعلومات التي تعتبر أساسية للحصول على معلومات دقيقة ومحدثة عن الحالة الصحية للمريض. يحق لأي مريض أو مستخدم أن تتوفر نسخة كتابية أو إلكترونية تحتوي جميع خطوات الرعاية الصحية المقدمة له سواء في مراكز الرعاية الصحية الأولية أو في المراكز المتخصصة.

#### المادة ١٨

المريض لديه الحق في الوصول مع التحفظات التي أعرب عنها في الفقرة ٣ من هذه المادة إلى سجله الطبي والحصول على نسخه من البيانات الواردة فيه. ستقوم المراكز الصحية بتنظيم الإجراءات التي تضمن مراعاة هذه الحقوق.

أما بالنسبة لقوانين حقوق المرضى في الدول العربية فهناك القليل من المعلومات الرسمية المنشورة ومن السهل الوصول إليها، ولكننا نقدم بعض الأمثلة التي استطعنا الوصول إليها.

#### المملكة العربية السعودية:

نشرت وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية إعلان حقوق المريض في عام ٢٠٠١، لا نعرف ما إذا كان قد تم تطويره إلى قانون أم لا، والموضوعات الرئيسية المطروحة في هذا الإعلان هي استقلالية المريض والموافقة المستنيرة والسرية والخصوصية. (١٤٥)



## الإمارات العربية المتحدة:

في وثيقة صادرة عن السلطات الصحية في أبو ظبي تم نشرها في عام ٢٠٠٨ نجد قائمة بحقوق وواجبات المريض، بما في ذلك: (١٤٦)

- الحق في تلقي توضيحات كاملة عن حالته ورعايته وعلاجه.
- الحق في الوصول إلى تاريخه الطبي.
- الحق في الخصوصية أثناء التقييم والإجراءات والرعاية السريرية.
- الحق في توقيع موافقة مستنيرة حسبما تمليه سياسة الموافقة.
- الحق في تلقي معلومات شفوية وخطية حول العلاج والبدائل المقترحة.
- الحق في تحديث تاريخه الطبي وملاءمته مع ضمان أن جميع المعلومات موثقة وسريّة ومحمية من الفقد أو إساءة الاستخدام.
- الحق في حرية القرار بشأن معاملتهم ورعايتهم.
- الحق في الحصول على الرعاية في نهاية الحياة باحترام وتعاطف.
- الحق في الحصول على مترجم.

## مصر:

أدخلت حقوق المرضى كجزء من معايير الاعتماد في مصر في عام ٢٠٠٥ ولكن لا معلومات متوفرة حول إذا ما تم رفعها إلى مستوى القانون أم لا.

هذه المعايير تؤكد البنود التالية المتعلقة بحقوق المريض وعائلته: (١٤٨، ١٤٧)

- الحصول على موافقة المريض أو الأسرة في بعض الإجراءات أو العلاجات، مثل الجراحة والتخدير، التخدير العميق، ونقل الدم، الأبحاث أو العلاجات ذات المخاطر العالية مثل العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي ويجب الحصول على تلك الموافقة قبل بدء العملية وبعد إبلاغ المريض بالمخاطر المحتملة والفوائد والعلاجات أو

## الإجراءات التشخيصية البديلة.

- التأكد من إطلاع المريض وحمايته عندما يشارك في بحث علمي.
- السماح للمرضى وعائلاتهم بتقديم الشكاوى أو الاقتراحات.

- تقييم مدى رضا المريض وعائلته.

- تحديد وحماية حقوق المريض.

- وجود سجل طبي لكل مريض تم تقييمه أو معالجته في المستشفى، هذا السجل يحتوي ما يكفي من المعلومات للتعرف على المريض وتعزيز استمرارية الرعاية ودعم التشخيص وتبرر العلاج وتوثيق مسار العلاج ونتائجه.

الأردن:

القانون ٢٥ لعام ٢٠١٨ من الدستور الأردني بشأن المسؤولية الطبية والصحية: (٨١)

- المادة ٧: تلزم بتسجيل الحالة وتاريخها الطبي قبل البدء في عملية الرعاية ما لم تكن حالة طارئة، وإبلاغ المريض بالتشخيص ومآل الحالة إلا إذا كان ذلك في غير صالحه، في هذه الحالة يتطلب إبلاغ عائلته و / أو أصدقائه إذا كانت حالته النفسية لا تسمح بإبلاغه أو إذا كان غير مؤهل أو حالته الصحية لا تسمح بإبلاغه والحصول على موافقته.

كما تلزم هذه المادة بإبلاغ المريض بالآثار الجانبية المحتملة للتشخيص أو الجراحة أو العلاج قبل تطبيقه كلما أمكن ذلك.

- المادة ٨: تحظر معالجة أي شخص دون موافقته باستثناء الحالات التي تتطلب التدخل العاجل في حالة تهدد الحياة وتعذر الحصول على موافقته.

تحظر هذه المادة نفسها تبادل بيانات المرضى ما لم تطلب من قبل المستفيد وبموافقته الخطية، أو إذا كان تبادل هذه المعلومات لصالح الزوج أو الزوجة ويتم نقلها إليهم شخصياً أو إذا كان ذلك لتجنب جريمة أو شجبتها ويتم تبادلها في هذه الحالة مع الهيئات الرسمية فقط أو إذا كان ذلك بموجب أمر قضائي وفي حالة مشاركتها مع اللجنة الفنية العليا.

لبنان:

١. القانون رقم ٢٤٠ - ٢٠١٢ بتاريخ ٢٢ تشرين الأول / أكتوبر، المعدل للقانون ١٩٩٤/٢٨٨ المؤرخ ب ٢٢

شباط / فبراير في لبنان، بشأن مدونة الأخلاقيات الطبية: (١٤٩)

- المادة ٧: السر المهني الذي يوحد الأطباء هو مسألة سياسة عامة، يجب أن يكون الطبيب ملزماً بهذا السر في جميع الظروف التي يتم فيها استدعائه لتقديم الرعاية للمريض أو لإجراء استشارة، وفقاً للاستثناءات المنصوص عليها في السلامة العامة بموجب القوانين واللوائح والاتفاقيات. ويشمل هذا السر المعلومات التي يكشف عنها المريض وما يُرى أو يعرفه أو يكتشفه الطبيب في سياق ممارسته المهنية أو نتيجة الفحوصات التي يقوم بها.

المادة ٢/٧: يجب على الطبيب أن يسلم شخصياً للمريض أو لممثل المريض كتابياً تقرير عن الحالة الصحية

للمريض في حل طلبه. يحق للطبيب ألا يدرج في هذا التقرير المعلومات التي لا يكون الكشف عنها وفقاً لمعايير مهنية في مصلحة المريض.

المادة ٣/٧: إذا طلب المريض تقريراً بغرض الحصول على مخصصات اجتماعية يمكن للطبيب إرسال التقرير المذكور مباشرة إلى طبيب المؤسسة التي تقدم الفوائد المذكورة مرفق بموافقة خطية من المريض أو أحد أقاربه. إذا لزم الأمر ينطبق عليه مراعاة أحكام الفقرة ٢ المذكورة أعلاه.

المادة ٥/٧: يجب على الطبيب عدم الإبلاغ عن جريمة ارتكبتها مريض واعترف بأنه ارتكبتها. في حالة اكتشاف الطبيب لجريمة أثناء فحص المريض يجب عليه إبلاغ مكتب المدعي العام بذلك ويجب عليك أيضاً أن يكون مقتنعاً بأن الشكوى ستمنع الشخص المصاب من ارتكاب جرائم أخرى.

المادة ٦/٧: يجب على الطبيب أن يقدم بيان شهادته في المحكمة عندما يكون بالإمكان من خلالها منع إدانة شخص بريء.

المادة ٧/٧: يعفى الطبيب من واجب السرية المهنية عند استدعائه من قبل المحكمة بصفته خبيراً لفحص المريض أو لمراجعة ملف المريض وذلك بحدود المهمة الموكلة له.

- المادة ١/٢٩: يجب على كل طبيب الاحتفاظ بملف طبي محدد لكل مريض من مرضاه في عيادته وسيكون مسؤولاً عن الحفاظ عليه. سيقوم الطبيب بتسليم نسخة من الملف إلى المريض عندما يطلب ذلك، طالما أنه يحتوي على تقرير يشمل جميع المعلومات اللازمة لإتمام التشخيص أو متابعة العلاج.

- المادة ٥/٢٩: لا يحق لأي طبيب مراجعة سجل المريض الطبي إلا بناء على طلب الأخير أو ممثله القانوني وبعد إبلاغ الطبيب المعالج باستثناء الحالات الطارئة.

٢. قانون حقوق المرضى والموافقة المستنيرة رقم ٥٧٤ لعام ٢٠٠٤. (١٥٠)

- الحق في الخدمات الصحية.

- حق الحصول على المعلومات الكاملة عن حالتهم الصحية، بما في ذلك اختبارات التشخيص والعلاجات والعمليات الجراحية المقترحة وفوائدها والمخاطر والآثار الجانبية المحتملة والبدائل والنتائج المتوقعة في حل عدم تطبيقها. مستثنى من هذه القاعدة هي حالات الطوارئ. يجب أن تكون هذه المعلومات صادقة وواضحة ومفهومة ومتكيفة مع شخصية المريض واحتياجاته. بالإضافة إلى ذلك، يجب إعطاء المريض ملفاً يحتوي على المعلومات مكتوبة. كما يتطلب تحديث المريض في حالة وجود معلومات جديدة.

- الحق في احترام رغبتهم في عدم الحصول على معلومات حول وضعهم الصحي إلا في حالة المخاطر على

- الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك يمكن للمريض تفويض ممثل لتلقي المعلومات.
- الحق في الموافقة المسبقة على أي نشاط طبي. باستثناء الحالات الطارئة وعندما يكون من المستحيل الحصول على موافقتك. يتم منح الموافقة بحرية بعد تلقي جميع المعلومات ذات الصلة بالنشاط الطبي المقترح.
- الحق في رفض النشاط الطبي وإيقافه تحت مسؤوليته.
- في حال لم تسمح حالة المريض له بالتعبير عن إرادته لا يمكن ممارسة أي نشاط طبي بدون موافقة عائلته أو

ممثل مخول من قبله.

- يجب إبلاغ المريض وطلب الموافقة على المشاركة في الأبحاث والتجارب السريرية.
- الحق في سرية تاريخه الطبي.
- في حالة تشخيص المراحل الأخيرة من الحياة، لا يعتبر إبلاغ الأقارب انتهاكاً للنقطة السابقة.
- يحق لجميع المرضى الوصول إلى تاريخهم الطبي والحصول على نسخة منه.
- بدء التاريخ الطبي لكل مريض إلزامي ويجب أن يحتوي على: هوية المريض والسبب في دخوله المستشفى ونتائج الاختبارات والفحوصات التشخيصية والتقييم السريري وتقارير العمليات الجراحية والأدوية وتقارير حاول التاريخ الطبي وتقارير التطور اليومية وتقارير الخروج ووصفات الأدوية.
- في حالة وفاة المريض فإن أفراد الأسرة والممثل القانوني لديهم الحق في الحصول على التاريخ الطبي لمعرفة سبب الوفاة والدفاع عن أو شرح حقوقهم ما لم يكن قد أعرب المريض رفضه لهذا الحق.

فلسطين:

- تقضي المادة ٦٠ من قانون حقوق المريض في المرافق الصحية لقانون الصحة العامة رقم ٢٠ لسنة ٢٠٠٤ بأن لكل مريض في المؤسسة الصحية الحق في: (١٠١)
- الحصول على عناية فورية في حالة الطوارئ.
- تلقي شرح واضح للعلاج المقترح والحصول على موافقة لاستخدام أو رفض هذا العلاج.
- الموافقة أو رفض المشاركة في بحث أو تدريب يتم في المؤسسة الصحية.
- احترام خصوصيته وكرامته ومعتقداته الدينية والثقافية.
- تقديم الشكاوى ضد المؤسسة الصحية أو أحد موظفيها.

#### السودان:

استجابة لإرشادات منظمة الصحة العالمية أطلقت وزارة الصحة في جمهورية السودان الاتحادية إعلان حقوق المرضى في عام ٢٠٠٩ والذي يعتبر من الأوائل في دول العالم العربي. لم نعثر على وثيقة رسمية توضح تفاصيل هذا البيان، وليس لدينا معلومات حول إذا ما كان قد تم رفعه إلى مستوى القانون أم لا. (١٥٢)

**"إذا انطلقنا من المبدأ الأخلاقي القائم على أن جميع الثقافات تستحق الاحترام فسوف نكون في وضع مساواة مع الشخص الذي يحصل على الرعاية" (١٥٣)**



#### ٨.٤. الكفاءة والتكيف الثقافي

في عالم أصبحت فيه الهجرة ومزيج الثقافات أكثر تواجداً من أي وقت مضى حدث تغيراً كبيراً في تنظيم الخدمات الصحية حيث أصبحت الكفاءات الثقافية أساسية في مهنة التمريض وكذلك في جميع المهن الصحية. ظهر مفهوم التعددية الثقافية لأول مرة في الستينيات، وفي وقت لاحق في السبعينيات تم تشكيل المفاهيم الأولى للكفاءة الثقافية، واعترفت منظمة الصحة العالمية بأهمية الثقافة والتنوع الثقافي في قضايا الصحة والرفاه في الثمانينيات. (١٥٤)

يعرف كامبيما باكوته الكفاءة الثقافية بأنها "العملية التي يسعى من خلالها أخصائيو الرعاية الصحية باستمرار إلى تحقيق القدرة والتوافر للعمل بفعالية ضمن السياق الثقافي للعائلة أو الفرد أو المجتمع. تتضمن هذه العملية دمج الوعي الثقافي والمعرفة الثقافية والمهارات الثقافية واللقاءات والطموحات الثقافية". (١٥٤)

الكفاءة الثقافية هي أداة لتوفير رعاية تمريضية عالية الجودة، وتتطلب فهماً أكبر لثقافة المرضى مع كل ما تحمل ه من قيم وعادات وطقوس ووجهات نظر، ومفتاح امتلاك هذه الأداة هو الاحترام وقبول الآخر والانفتاح على الاختلافات دون تحيز.

كانت لينى لينينجر هي أول من سلط الضوء على أهمية الثقافة في ممارسة التمريض وطورت نظريتها في الرعاية الثقافية والتي أدخلت مفهوم التمريض عبر الثقافات والذي وصفته بأنه "مجال الدراسة الرسمي والعمل الذي يركز على الرعاية ومبني على الثقافة والمعتقدات المتعلقة بالصحة أو المرض والقيم والممارسات الخاصة بالناس لمساعدتهم في الحفاظ على صحتهم أو استعادتها والتعامل مع احتياجاتهم الخاصة أو موتهم". (١٥٦، ١٥٥)

بالنسبة للينينجر، فإن الثقافة هي مجموعة "القيم والمعتقدات والمعايير وطرق المعيشة التي يتم تقاسمها وتعلمها ونقلها والتي توجه أفكار وقرارات وأفعال المجموعة بطريقة معينة". (١٥٧)

بعبارة أخرى، الثقافة هي هوية، وهي بدورها طريقة تفكير تؤثر على منظور الناس ويمكن أن تغير الممارسات والقرارات الطبية.

الاختلافات الثقافية ذات الصلة بالرعاية الصحية هي: معنى الصحة والمرض ومشاركة الأسرة ومصادر الدعم الاجتماعي والتوقعات حول العلاج الطبي البيولوجي وتجربة الألم والمعاناة والآراء حول بعض القضايا الأخلاقية وتفضيل أو عدم تفضيل الكشف عن التشخيص والمال والاحتياجات العاطفية والجسدية والتنشئة و فلسفة الحياة والموت. (٦٤)



عندما نتحدث عن فهم ثقافة الآخرين فإننا لا نتحدث فقط عن ثقافات مختلفة عن ثقافتنا، انما نعتبر بنفس القدر من الأهمية فهم ثقافتنا الخاصة، وهو فهم يسمح لنا بأن نكون في سلام مع قيمنا ومعتقداتنا ومنظورنا للأمور، مما يجعلنا أكثر انفتاحاً على فهم ثقافة الآخرين، حتى لو كانوا من نفس ثقافتنا. قد يكون للناس في نفس البيئة الثقافية اختلافات ثقافية، والتي غالباً ما نتجاهلها، وعندما نعاملهم بموجب المفاهيم الثقافية نفسها فإننا نقدم لهم رعاية غير مناسبة وغير كافية.

يجب أن يكون العاملون في مهنة التمريض منفتحين على اكتشاف ثقافة كل شخص، وعدم وضع افتراضات حول الخلفية الثقافية، وعندها فقط يمكن أن يوفرُوا الرعاية الثقافية المناسبة.

الرعاية الثقافية هي "مفهوم يصف الرعاية التمريضية الاحترافية التي تكون حساسة ثقافياً، ملائمة ثقافياً ومختصة ثقافياً". (١٥٤)

من المسلم به أن هذا النموذج من الرعاية يواجه صعوبات عدة، بما في ذلك اللغة واللغة غير اللفظية ونقص المعرفة بمكونات الثقافات المختلفة.

يحاول المترجمون حل جزء من مشكلة اللغة، على الرغم من أنه حل جزئي وغير مرغوب به لأنه يزيل الخصوصية ويعيق مهمة طاقم التمريض وإمكانية خلق علاقة شخصية مع المرضى وعائلاتهم.

في يومنا هذا هناك نموذج الوسيط الثقافي الذي بالإضافة إلى إتقان اللغتين تماماً يجب أن يكتسب معرفة عميقة بالثقافة ليتمكن من تفسير الإيماءات ولغة الجسد غير اللفظية.

يتطلب فهم اللغة غير المنطوقة فهم الثقافة، وبالتالي لا يتم ذلك بدون معرفة عميقة بما يكفي للتمكن من تفسير رسائل هذا النوع من التواصل.

نموذج الوسيط هذا أكثر إنسانية ويسمح بتقديم رعاية شخصية أكثر لكنه لا يتوقف عن التأثير على العلاقة الشخصية بين المرضى والمرضى، ولا يبطل أي أخطاء محتملة في التفسير نظراً لحقيقة أنه ليس جميع العاملين كوسطاء لديهم إعداد أو تدريب صحي.

في خضم هذه الثورة التي تسعى إلى إدراك أهمية الثقافة عندما يتعلق الأمر بتوفير الخدمات الصحية هناك أيضاً مسألة التكييف الثقافي لنظريات التمريض والمفاهيم والأدوات والمقاييس.

وفقاً لماكغراث (١٩٩٠)، يجب أن تكون أدوات ومقاييس التقييم السريرية صالحة وموثوقة وحساسة ثقافياً ومتعددة الاستخدامات. (١٥٨)

على سبيل المثال تم اعتماد الناندا دوليا، وهي ذاتها توصي بمعالجة القضايا المتعلقة بالاختلافات في مجال تطبيق ممارسة التمريض والأخذ بعين الاعتبار النماذج العملية المختلفة والقوانين واللوائح وكفاءات التمريض والنظم التعليمية. (١٠)

تكون المعلومات التي يتم الحصول عليها باستخدام أدوات تمريضية حساسة من الناحية الثقافية أكثر دقة وبالتالي تكون المداخلات التمريضية أكثر ملاءمة.

يجب أن تتطوي عملية الأقلمة على تداخل بين عناصر المداخلات والمبادئ والقيم والحقائق المهمة للثقافة الجديدة، فالأقلمة هي عملية جدلية تواجه فيها المداخلة الأصلية الواقع الثقافي للثقافة الجديدة من أجل التوصل إلى توليفة تمثل تكييفًا ذو قيمة". (١٠٩)

في هذه العملية، يجب أن نضع في اعتبارنا البلد المعني وثقافته ولغته وأسلوب حياة سكانه ودينه ومركزه الاجتماعي والاقتصادي والعادات والمعتقدات الاجتماعية والعوامل الجغرافية والسياسية وما إلى ذلك. إن فهم هذه العوامل يساعدنا على فهم مدى تأثيرها على الرأي ووجهات النظر المتعلقة بقضايا الصحة ويوضح لنا أهمية أخذها في الاعتبار عند أقلمة الأدوات الصحية والتي صممت معظمها في الولايات المتحدة الأمريكية أو في المملكة المتحدة. (١١٠)

"معظم هذه الاستبيانات أو أدوات التقييم تقيم جوانب ليست موضوعية بالكامل، ولهذا السبب من الضروري أن نأخذ في الحسبان أن الاختلافات اللغوية والثقافية تؤثر على الطريقة التي يدرك بها الأفراد حالتهم الصحية والأمراض التي يعانون منها وكيف يعبرون عنها. كل هذا يجعل من الضروري أن تعكس هذه الأدوات القيم والمعايير ووجهات النظر الخاصة بالثقافات التي سيتم أقلمتها معها واستخدامها فيها. وبهذه الطريقة فقط يمكن تحقيق أن كل من الإصدار الأصلي والإصدار الذي تم الحصول عليه لتطبيقه في ثقافة أخرى متساوون، أي أنهما يقيسان نفس المتغير". (١١٠)

يحتوي التكيف الثقافي على ركيزتين مهمتين، اللغة والمحتوى، وفي بعض الحالات لا يكون المحتوى مناسبًا تمامًا وفي أحيان أخرى على الرغم من أنه مناسب يمكن للغة أن تغير معناه، وبالتالي تضع موضع الشك صحته ومصداقيته.

من المعروف أن اللغة الإنجليزية تهيمن ويفارق كبير على المنشورات والكتب التي تعالج مواضيع الصحة بشكل عام والتمريض على وجه الخصوص، ويرجع هذا إلى حد كبير إلى حقيقة أن رواد المهن الصحية كانوا من

مواطني البلدان الناطقة باللغة الإنجليزية، ومن ناحية أخرى يعود ذلك إلى قواعد النشر والاهتمام الذي يضعه كل بلد في دعم البحوث، ... إلخ.

لتكثيف مقياس أو أداة حيث المحتوى في كثير من الحالات مطروح بلغة مختلفة، كخطوة أولى يجب ترجمة هذا المحتوى، ولأنه يتعامل مع قضايا تتعلق بالصحة فإن الترجمة هي خطوة حساسة جدًا، ووفقًا لغويلمن يجب أن يحدث على أربع مراحل: (١٦١،١٠٧)

- الترجمة: تقوم بها مجموعتين من الخبراء المستقلين إحداهما لا تعرف موضوع الدراسة وبعد ذلك يتم نقاش بين المجموعتين وأخيرًا تتم الترجمة النهائية.

الترجمة الرجعية: ترجمة الإصدارين الناتجين من المرحلة الأولى إلى اللغة الأصلية من قبل مجموعتين مختلفتين عن مجموعات المرحلة الأولى.

المراجعة: تتم المراجعة من قبل خبراء يحملون اللغتين لتحديد نقاط التماثل والالتقاء الثقافي في الإصدارين، ويمكن تعديل أو رفض ما يعتبرونه غير مناسب وتوليد عناصر جديد.

الاختبار المسبق: التحقق مما إذا كانت عناصر الإصدار الجديد واضحة ومطابقة للغة السكان. في هذه المرحلة يتم إرسال استبيان إلى عينة سكانية للكشف عن الأخطاء أو الانحرافات في الترجمة.

يقول الخبراء أن هذه الخطوات لا تعالج ولا تقارب التكافؤ المفاهيمي، ولكن تعكس افتراض غياب أي تغيير في مفهوم وتطبيق المفاهيم الصحة بين الثقافات المختلفة، وليست معنية بالمعنى وأنماط الاستجابة في كل ثقافة. (١٦٢)

لمعالجة مسألة المعادلات المفاهيمية واختبار توافقها مع المؤشرات المفاهيمية لكل ثقافة هناك استراتيجيتان مقترحتان في الأدبيات المنشورة:

- العمل النوعي على شكل مقابلات فردية أو جماعية مع أعضاء من الثقافة المستهدفة للحصول على فهم لمعاني وتفسيرات ومؤشرات المفاهيم الصحية السائدة في تلك الثقافة.

- استخدام المقابلات المعرفية في المرحلة الأخيرة من التكثيف والترجمة بهدف إجراء اختبار سابق للنسخة المترجمة.

عملية التكثيف تتطلب الحصول على مستوى عالٍ في كلا اللغتين وفي استخدام الأدوات المناسبة لمعالجة المحتوى من منظور ثقافي يضعه في سياق الثقافة المعنية، ولتجنب التفاوت المفاهيمي من المهم جدًا أن تكون المعايير الاجتماعية الثقافية للغة والثقافة التي تُترجم إليها حاضرة دائمًا. (١٦٠)

بناءً على ما سبق، فإننا نعتقد أن البحث في تأثير استخدام لغة غير اللغة الأم في التعليم والتوثيق التمرضي ومحاولة

ترجمة وتكييف المحتوى بشكل مباشر خلال العمل اليومي في رعاية المرضى المحليين كما هو الحال في الدول العربية له أهمية كبيرة.

على الرغم من أن مشكلة الاختلافات الثقافية أقل إشكالية كون المرضى والمرضات في غالبيتهم من نفس الثقافة فإن الترجمة قد تشكل مشكلة وتكيف أدوات التقييم والمداخلات الأصلية المتوفرة بلغة أخرى مشكلة موجودة أيضاً. في العالم العربي لديهم مهمة مزدوجة فيما يتعلق بالأقلية الثقافية والتي يسببها من ناحية الاعتماد العالي على المرضى والمرضات الوافدين في العديد من البلدان مما يخلق مشكلة في التواصل والتفاهم الثقافي، ومن ناحية أخرى فإن النظام التعليمي في كليات التمريض يعتمد على النماذج الغربية ويقدم بلغات ثانية مثل الإنجليزية والفرنسية، الأمر الذي يثير الشكوك حول توافق هذه النماذج مع الثقافة العربية ويضع موضع قلق المشاكل المتعلقة بالتواصل والتوثيق.

أحد العوامل الأخرى التي تصعب التكيف الثقافي للعالم العربي هو تنوع اللهجات وبعض الاختلافات الثقافية بين إفريقيا وآسيا بشكل أساسي وجزئي بين دول المشرق والخليج.

لا يوجد اتفاق عالمي حول كيفية تكيف أداة لاستخدامها في ثقافة أخرى، ومع ذلك فإننا نتفق على أن الترجمة البسيطة ليست مناسبة أو صحيحة حتى لو كانت بمستوى لغوي عالٍ وشامل للغاية. (١٦٣)

التكيف الثقافي هو عملية لتشكيل المحتوى إلى صيغة معينة لكل لغة مع رؤية ثقافية حاضرة خلال كل خطوات العملية لذلك يجب على الشخص الذي ينفذ هذه العملية أن يكون ثنائي اللغة وثنائي الثقافة. (١٦٠)

يسمح لنا التكيف بتجنب التبع الثقافي الذي يمكن أن يؤدي إلى الارتباك أو الظلمة وإلى فقدان بعض العناصر فوق اللغوية التي لا غنى عنها للاستيعاب الكامل للنص. الشيء المهم هو إيجاد تكافؤ مع معنى النص الأصلي بحيث يمكن فهمه من قبل قراء البلد الغريب عن اللغة الأصلية. (١٦٠)



## ٥. الأساس المنطقي للبحث/مبررات البحث

---



## الأساس المنطقي للبحث:

يعتبر استخدام اللغات التمريضية كوسيلة موحدة لتطوير خطة الرعاية التمريضية أمراً أساسياً لتوفير رعاية تمريضية عالية الجودة.

الدراسات المنشورة توفر القليل من المعلومات حول استخدام هذه اللغات في الدول العربية، ولكن من المعروف أن اللغة التمريضية المعروفة والمستخدمه بشكل أساسي لصياغة الخطة التمريضية في الدول العربية هي مجموعة التشخيصات التمريضية لجمعية شمال أميركا (ناندا) وتصنيفاتها للمداخلات التمريضية وتصنيفاتها للنتائج التمريضية.

على الرغم من أن اللغة العربية هي اللغة الرسمية في جميع الدول العربية، إلا أنها تستخدم في عدد قليل جداً من كليات التمريض كلغة رسمية للتعليم، بالإضافة إلى أن جميع المصادر التعليمية والكتب المقررة متوفرة فقط باللغة الأصلية والتي غالباً ما تكون الإنجليزية أو الفرنسية، كذلك فإن الإعداد المهني يستند إلى النظريات والنماذج التمريضية الغربية العالمية، بما فيها اللغات التمريضية. نتيجة لذلك فإن اللغة الإنجليزية بشكل أساسي وأحياناً الفرنسية هي لغة الحوار المهني ولغة السجلات التمريضية.

بالنظر إلى أن ٣٥٩ مليون شخص (حوالي ٥٪ من سكان العالم) يعيشون في الوطن العربي و٦٢ مليون منهم فقط أجانب والباقي من أصل عربي يعيشون تحت مظلة ثقافية عربية ولغتهم الرسمية هي العربية فإن من الأهمية بمكان البحث في استعمال وتطبيق اللغات التمريضية في الوطن العربي وأقلمتها على الاحتياجات الثقافية للمرضى والمرضى العرب لتحسين نوعية الخدمة المقدمة. (١٦٤)

من المهم أيضاً البحث في الآثار السلبية المحتملة (تفسيرات وتعابير غير دقيقة) لاستخدام لغة غير اللغة الأم في السجلات التمريضية.

يجب التنويه إلى أننا لم نجد أي ترجمة للغات التمريضية إلى العربية على الرغم من أنها أحد اللغات الأكثر انتشاراً في العالم وتعتبر لغة رسمية معتمدة في منظمة الصحة العالمية.

نعتقد أن تعزيز البحث التمريضي في مواضيع متعلقة بالثقافة العربية واستعمال اللغة العربية في مجالات مهنة التمريض هو أمر أساسي لتطوير هذه المهنة في الوطن العربي.





## ٦. نظرية البحث

---



## النظرية:

اللغات التمريضية المستخدمة في العالم العربي تحتاج إلى التكيف مع الاحتياجات الخاصة للمرضى والمرضى العرب.

إن اعتماد نظام تربوي غربي في كليات التمريض في العالم العربي يولد اعتمادًا على استخدام اللغات الثانية في السجلات التمريضية، مما قد يسبب ثغرات في الاتصال والتوثيق وأخطاء محتملة عند تقديم الرعاية التمريضية.



## ٧. الأهداف

---



## الأهداف

**الهدف الرئيسي:** استطلاع واقع اللغات التمريضية في العالم العربي

**الأهداف المحددة:**

١. اختيار التشخيصات التمريضية موضوع الدراسة.
٢. تحديد المداخلات التمريضية المرتبطة بهذه التشخيصات.
٣. استقصاء رأي الخبراء العرب فيما يتعلق بهذه المداخلات.
٤. وصف تأثير استخدام لغة غير اللغة الأم في سجلات التمريض على التعبير الدقيق عن العملية التمريضية.
٥. اقتراح مجموعة من التوصيات التي قد تساعد في الحصول على نسخة من لغات التمريض تتلاءم مع احتياجات المرضى والممرضات في العالم العربي.





## ٨. المواد وطريقة البحث

---



## المواد وطريقة البحث

أجريت هذه الدراسة على ثلاث مراحل:

- المرحلة المفاهيمية
- المرحلة المنهجية
- المرحلة التجريبية

### ١.٨. المرحلة المفاهيمية:

في المرحلة المفاهيمية يتم تطوير خطة البحث بأكملها من خلال خريطة ذهنية للفترات الزمنية والموضوعات والمواد والأساليب وخطة التنفيذ.

لتنفيذ هذه المرحلة من العمل اتبعنا الخطوات التالية:

#### ١. طرح موضوع البحث:

لطالما كان موضوع الثقافة والتفاعل الثقافي محل اهتمام الباحثة، وقد تكثف هذا الاهتمام عندما لاحظت أثناء إعداد مشروع التخرج لدرجة الماجستير الاختلافات الثقافية الحيوية بين الأردن وإسبانيا عندما يتعلق الأمر برعاية المرضى الميؤوس من شفائهم.

أثناء تطوير ذلك المشروع طفا إلى السطح وبقوة سؤال مثير للقلق للغاية يتعلق بغياب المراجع والكتب الجامعية والموارد اللازمة لدعم مهنة التمريض باللغة العربية، وكذلك الأدوات والمقاييس المؤلمة والمترجمة إلى العربية، بما فيها اللغات التمريضية.

بعد أشهر وأثناء إعداد المشروع النهائي لدورة أفلمه درجة الدبلوم في التمريض للبكالوريوس والذي عالج دور التمريض في الرعاية التلطيفية تبادر لذهنها تساؤل مهم وأساسي: كيف يمكن أن يؤثر غياب لغة تمريضية متكيفة مع احتياجات المرضى والممرضين العرب على جودة الرعاية التمريضية ودقة سجلات التمريض في العالم العربي؟

في ضوء ما سبق قرر وضع خطة بحث لمحاولة استكشاف الواقع والإجابة على هذا السؤال الأساسي.

#### ٢. المراجعة الأدبية الببليوغرافية:

- مرحلة استكشافية أولى للمعلومات المنشورة حول موضوع البحث.

لم يتم التطرق إلى موضوع البحث في دراسات سابقة، وهناك القليل من المعلومات حول استخدام لغات التمريض في العالم العربي واستخدامها في سجلات التمريض.

هناك العديد من المقالات التي تحاول شرح أهمية الثقافة عندما يتعلق الأمر بتوفير الرعاية الصحية والتغييرات اللازمة لضمان جودة الرعاية.

تؤكد الدراسات أن الثقافة يمكن أن تغير النظرة إلى بعض المفاهيم مثل الصحة والمرض والموت، وبالتالي تتطلب بعض التعديلات على الممارسات المتعلقة بالرعاية الصحية والقرارات الطبية ونماذج تقديم الخدمات.

لم نجد أي ترجمة للغات التمريضية إلى العربية.

- مرحلة ثانية من البحث ضرورية لتطوير الإطار النظري للدراسة.

بدأت هذه المرحلة في اللحظة التي تم فيها تحديد الموضوع واستمرت طوال فترة العمل على هذه الدراسة.

كأساس نظري للعمل تناولت المقدمة الموضوعات التالية:

- الثقافة العربية بشكل عام

- مهنة التمريض في العالم العربي

- نظم تسجيل الملاحظات التمريضية

- اللغات التمريضية

- الكفاءة والتكيف الثقافي

- التشخيصات التمريضية قيد الدراسة

- أهمية اللغة الأم

- القوانين والقضايا القانونية المتعلقة بشؤون الصحة في العالم العربي

٣. صياغة الأهداف

تم تحديد أهداف هذه الدراسة على أساس سؤال وفرضية البحث والمعلومات الموجودة في مرحلة البحث الببليوغرافية.

١. تحديد تشخيصات التمريض تحت الدراسة

التشخيصات المختارة للدراسة هي: الحزن والمعاناة الروحية واليأس.

تم اختيار هذه التشخيصات للأسباب التالية:

- جميعها تشكل جزء من التشخيصات الواردة في لغتي التمريض المعتمدتان في هذه الدراسة.
- لديهم الكثير من المكونات التي تبرز الاختلافات الثقافية.
- يتم الكشف عن وجودها بشكل متكرر في خطة الرعاية التمريضية التلطيفية والتي هي تخصص الباحثة الذي تمتلك خبرة واسعة فيه.
- بعد تحديد هذه التشخيصات الثلاثة، تمت مراجعة وترجمة تعريف كل منها في اللغتين التمريضيتين إلى اللغة العربية.
- ٢. تحديد المداخلات التمريضية المرتبطة بكل واحد من هذه التشخيصات في كل من اللغتين
- تم العثور على المداخلات ومراجعتها وترجمتها للغة العربية.
- الملحق (٢) المداخلات المرتبطة بالأسى وفقدان الأمل في النيك
- الملحق (٣) المداخلات المرتبطة بالأسى وفقدان الأمل في الاتيك
- الملحق (٤) المداخلات المرتبطة بالمعاناة الروحية في النيك
- الملحق (٥) المداخلات المرتبطة بالمعاناة الروحية في الاتيك
- الملحق (٦) رسالة الدكتوراه خوفه المتعلقة بالمداخلات المرتبطة بالمعاناة الروحية.
- ٣. البحث عن آراء عدة خبراء عرب حول التعريفات والمداخلات
- ٤. وصف الأثر الذي يحدثه استخدام لغة غير اللغة الأم في السجلات التمريضية وصحة ودقة التعبير عن العملية التمريضية.
- الأهداف ٣ و ٤ تم العمل عليها في المرحلة التجريبية من خلال المقابلات وطريقة ديلفي
- ٥. اقتراح نسخة محتملة للغات التمريضية مؤقلمة على احتياجات المرضى والممرضين في الوطن العربي.
- يمكن أن تشكل نتائج الدراسة والاستنتاجات الأساس لخط جديد من البحث للوصول إلى صياغة نسخة كاملة من أحد لغات التمريض مؤقلمة تماماً مع الثقافة العربية.
- ٢.٨. المرحلة المنهجية:
- تستند هذه المرحلة على المرحلة المفاهيمية وتسترشد بالأهداف الموضوعية، وهي المرحلة التحضيرية لجعل مشروع البحث جاهزاً للتنفيذ.
- تتكون المرحلة المنهجية في هذه الدراسة من ٣ مكونات:

- اختيار تصميم البحث: دراسة نوعية تفسيرية استكشافية مستعرضة من خلال مقابلات عميقة شبه منظمة لاستكشاف آراء الخبراء وباستخدام طريقة ديلفي.
- تعريف المشاركين (العينة): ممرضات وممرضين عرب أصليين يعملون حالياً في بلد عربي.
- اختيار أدوات جمع البيانات وتحليله: يتم جمع البيانات من خلال المقابلات المتعمقة وطريقة ديلفي. ويتم إجراء تحليل المقابلات من خلال "طريقة الإطار" وتحليل الاستبيانات باستخدام أداة "استبيان مونكي".
- إجراء تحليل المقابلات من خلال "طريقة الإطار" وتحليل الاستبيانات باستخدام أداة "استبيان مونكي" والإكسيل والجداول المتقاطعة.

### ٣.٨. المرحلة التجريبية:

تتكون هذه المرحلة من الخطوات التالية:

- جمع البيانات
- تحليل البيانات
- تفسير النتائج والمناقشة
- الاستنتاجات
- التوصيات

### ١.٣.٨. جمع البيانات:

تم تنفيذ جمع البيانات على مرحلتين، الأولى من خلال المقابلات المتعمقة، والثانية باستخدام طريقة ديلفي المتكونة من جولتين من الاستبيانات.

### ١.١.٣.٨. المقابلات المتعمقة:

١. نوع المقابلة: مقابلة متعمقة وشبه منظمة وأولية واستكشافية وتشخيصية.
٢. المبرر: نعتبر أن المقابلات أجريت كدعم تشخيصي لمشكلة البحث وأداة لاستكشاف آراء بعض الخبراء حول القضايا الرئيسية التي تناولتها هذه الدراسة.

٣. التعليق التوضيحي: عملية مستمرة طوال عملية إعداد وتخطيط وتنفيذ وتحليل المقابلات.

تم تنفيذ التعليق التوضيحي بإتباع تصنيف سشترماً وستراوس الذي يستند إلى نظام مقسم إلى ثلاثة أنواع من الملاحظات:

- المنهجية: هي تسجيل جميع الملاحظات والأفكار المتعلقة بمرحلة التخطيط والإعداد وإجراء المقابلات.

- النظرية: جميع الملاحظات المتعلقة بعملية معالجة المعلومات، بما في ذلك أفكار الباحث حول المعلومات الواردة.

- الوصفية: تشمل الملاحظات حول النتائج والمناقشة والاستنتاجات.

#### التعليق المنهجي

الخبراء: قررنا الاتصال بمدراء التمريض لأنهم المرجعية الأساسية لشؤون التمريض في المستشفيات والذين

يمكنهم الحصول على جميع المعلومات المتعلقة بسجلات التمريض واستخدام لغات التمريض.

وكانت معايير الاشتمال أن يكونوا عرباً أصليون ويحتلون منصب مدير التمريض في مستشفى أو مركز خدمات

طبية في بلد عربي.

المستشفيات: معايير الاشتمال كانت أن يكون مستشفى خاص ويقع في العاصمة عمان؛ تم استبعاد المستشفيات

العامة بسبب تعقيد عملية الموافقة على المشاركة في المشاريع البحثية.

كان قرار التواصل مع المستشفيات الموجودة في عمان فقط بسبب الوقت المحدود للرحلة والذي يحد من إمكانية

إجراء رحلات طويلة داخل البلاد.

البلد المختار: كان الاختيار لإجراء المقابلات في الأردن، بلد منشأ الباحثة، حيث تعرف على أفضل وجه

ديناميكيات الناس وموقع المستشفيات ووسائل النقل والنظام الصحي؛ مما يسمح بإجراء أقصى عدد ممكن من

المقابلات في الوقت المحدود للرحلة.

الوقت الإجمالي للرحلة إلى الأردن: تم إجراء رحلة إلى الأردن مدتها ١٥ يوماً بهدف تحديد مواعيد المقابلات

وتنفيذها.

طريقة التسجيل: تم تسجيل جميع المقابلات على جهازين تسجيل مختلفين مع الإذن الشفهي من المقابلين، بالإضافة

إلى الملاحظات المكتوبة يدوياً من قبل الباحثة خاصة التواصل غير اللفظي والأفكار التي ظهرت خلال المقابلة.

لغة المقابلة: أجريت المقابلات باللغة العربية مع استخدام محدود للغة الإنجليزية لشرح المصطلحات والمفاهيم التي

تبدو مربكة وغير واضحة عند ترجمتها إلى اللغة العربية.

الوقت المتوقع للمقابلة: قدرت الباحثة الحاجة إلى ما بين ٣٠ و ٤٥ دقيقة، وكان متوسط وقت المقابلات ٢٩ دقيقة،

أقصرها دامت ٢٠ دقيقة وأطولها ٥٧ دقيقة.

عملية إعداد المقابلة: تم إعداد المقابلة لمعالجة الموضوعات الرئيسية للبحث وللتقرب من الواقع في العالم العربي.

المقابلة أعدت كمقابلة شبه منظمة مع بعض الأسئلة الرئيسية التي تم إعدادها مسبقاً، ومعظمها مفتوح مما يسمح بتعديل

وإضافة الأسئلة اعتماداً على إجابات المجيبين وموضوعات الاهتمام التي تناولوها والأفكار التي ظهرت خلال



## المقابلة.

الموضوعات العامة التي تم تناولها في المقابلة: سؤال البحث يضع موضع شك فعالية لغات التمريض الدولية فيما ويشتهبه في وجود تأثير سلبي على استخدام لغة غير اللغة الأم في الدراسات التمريضية. يتعلق بالجوانب الثقافية. استنادا لهذه القواعد تم إنشاء مخططاً يحتوي على فئات تتناول كل واحد موضوعاً معيناً مع سلسلة من الأسئلة:

### - لغات التمريض

الهدف من هذه الفئة هو استكشاف رأي الخبراء في استخدام لغات التمريض في أماكن عملهم وتقييمهم لفائدتها وفعاليتها

الأسئلة المطروحة في هذه الفئة هي التالية:

١. هل تستخدم أي لغة تمريض كأداة لتطبيق عملية التمريض؟

- نعم / ما هي

- لا / ما هي اللغة المستخدمة من قبل طاقم التمريض في السجلات (هل يستخدمون اللغة الطبيعية المحكية؟)

٢. هل من السهل على موظفي التمريض استخدامها؟

نعم / وهل تلبي الاحتياجات وتعكس ما يريدون تسجيله حقاً؟

لا / لماذا؟

٣. ما هي الصعوبات / القيود التي يتم ملاحظتها؟

٤. ما هي اللغة المستخدمة في السجلات؟

٥. ما هو مستوى اللغة الإنجليزية للممرضات؟

٦. هل يمكن لمستوى اللغة الإنجليزية أن يؤثر على دقة السجلات؟

٧. ما هو رأيك في موضوع التسجيل بلغة ليست اللغة الأم للمرضى والمرضى؟

٨. ما هي التغييرات التي يجب ادخالها على لغات التمريض الدولية لتحويلها إلى أداة فعالة في جميع مراحل عملية التمريض؟

### - نظم التسجيل

تهدف الأسئلة في هذه الفئة إلى معرفة أنواع سجلات التمريض المستخدمة وما هي مزايا وعيوب كل منها

الأسئلة المطروحة في هذه الفئة هي التالية:

١. هل يستخدمون نظام التسجيل اليدوي أو المحوسب؟

إذا كانت محوسبة ما اسمه، كيف تم تطويره، هل هو مبني على أساس أحد اللغات التمريرية أم لا، وما هي مزايا هذا النظام وعيوبه ومحدداتها؟

إذا كان يدويًا؛ كيف يقيّمونه، وما هي مزاياه وعيوبه ومحدداته، وما هي خطط التطوير المستقبلية؟

٢. هل من المهم وجود نظام تسجيل متطور؟

٣. ما هي خصائص نظام التسجيل الموحد الفعال والكفء؟

٤. ما هي اللغة المستخدمة في سجلات التمرير؟

- اللغة العربية كلغة اتصال وتوثيق

لقد طرحنا بعض الأسئلة في هذه الفئة بهدف استكشاف مستويات التواصل باستخدام اللغة العربية وتأثير استخدام

اللغات الثانية على مستويات التفاعل المختلفة

الأسئلة المقدمة كانت على النحو التالي:

١. كم مرة تستخدم اللغة العربية خلال يوم العمل وبأي طريقة؟

٢. هل لديك أي ترجمة للغات التمرير إلى العربية وهل سيكون من المفيد الحصول على واحدة؟

٣. هل تحتاج إلى استخدام قاموس طبي إنجليزي-عربي لتسهيل إيصال المعلومة إلى المرضى وعائلاتهم؟

٤. هل ستكون نسخة من لغة تمرير معدلة تم تكييفها مع العالم العربي مفيدة في الممارسة اليومية؟ لماذا؟

٥. ما هو مستوى اللغة الإنجليزية للممرضات؟

- رأي هؤلاء الخبراء في تعريف التشخيصات التمريرية الموضوعية للبحث والمداخلات التمريرية المرتبطة بها

قمنا بعرض تعريفين لكل تشخيص، واحد هو تعريف الناندا والآخر هو تعريف الأتيك، دون أن يعرف المشاركون

من منهما لمن وطلبنا منهم أن يشارروا إلى الذي يبدو أكثر صحة وأكثر اكتمالاً.

- وبنفس الطريقة عرضنا قائمتين للمداخلات التمريرية واحدة من النيك والآخرى من الاتيك وطلبنا منهم اختيار

الأكثر اكتمالاً.

خلال المرحلة المفاهيمية وخاصة خلال عملية ترجمة التشخيصات إلى اللغة العربية واجهنا العديد من الصعوبات

في اختيار الكلمة العربية الصحيحة والدقيقة للـ "Grief" وقمنا باستشارة القواميس والخبراء في اللغة العربية

وفتحنا مناقشة غير رسمية في وسائل الاتصال على الإنترنت لاستكشاف الكلمات التي يستخدمها الناس للتعبير عن

هذه الحالة، بعض الكلمات المستخدمة كانت مثيرة للاهتمام، ولهذا السبب قررنا أن نطلب من الأشخاص الذين تمت

مقابلتهم ترجمة التشخيصات الثلاثة إلى اللغة العربية، من ناحية للتأكد من صحة الكلمة العربية التي اختارتها

الباحثة، ومن جهة أخرى لاستكشاف مستوى الصعوبة عند الترجمة إلى العربية.

#### عملية التواصل مع الخبراء:

أولاً، قمنا بإجراء بحث على الإنترنت لتحضير قائمة بالمستشفيات الخاصة الموجودة في عمان وتدوين المعلومات

التالية: أرقام الهواتف وعناوين البريد الإلكتروني ذات الصلة واسم مدير مديرة التمريض في كل واحد من تلك المستشفيات.

ثانياً، قمنا بتصفية هذه المستشفيات واستبعدنا المستشفيات ذات الخدمات المحدودة للغاية وتلك التي لم تعلن بيانات الاتصال بها على الإنترنت وتلك التي لم يكن لديها موقع على شبكة الإنترنت يتيح لنا معرفة الخدمات المقدمة في تلك المستشفيات.

القائمة النهائية احتوت على ١٦ مستشفى وهوسبس واحد.

ثالثاً، أعدنا خطة عمل مؤقتة قابلة للتعديل وفقاً لنتيجة الخطوة الأولى التي تتألف من مكالمات هاتفية أولى استكشافية.

أول اتصال: تم الاتصال بالمستشفيات الستة عشر والهوسبس من أجل محاولة التحدث مباشرة مع مدراء التمريض

والتعرف على البروتوكول الذي يجب اتباعه لإجراء المقابلات معهم. (الجدول ٣)

#### الجدول (٣): قائمة المراكز السبعة عشر

أسم المركز
مركز الحسين للسرطان
مستشفى الخالدي
المركز العربي الطبي
إبن الهيثم
مستشفى الأردن
المستشفى التخصصي
مستشفى عمان الجراحي
المستشفى الإستشاري
مستشفى الإسراء
مستشفى الإستقلال
المستشفى الإسلامي
مستشفى الشميساني
مستشفى فيلادلفيا
مستشفى لوز ميلا
مستشفى فلسطين
مستشفى تلاح العلي
جمعية الملاذ للرعاية الإنسانية

تم تحصيل ١٠ مواعيد بعد هذا الاتصال الأول لمقابلة سكرتيرات مدراء التمريض (الجدول ٤)

#### الجدول (٤): المراكز العشر للمقابلة الأولى

أسم المركز
مركز الحسين للسرطان
مستشفى الخالدي
المركز العربي الطبي
إبن الهيثم
مستشفى الأردن
المستشفى التخصصي
مستشفى عمان الجراحي
مستشفى الإستقلال
المستشفى الإسلامي
جمعية الملاذ للرعاية الإنسانية

ثاني اتصال: تمت المقابلات العشرة في مكاتب السكرتيرات بهدف شرح الهدف من المقابلة وتقديم الوثائق اللازمة والمطلوبة:

الملحق (٧): السيرة الذاتية.

الملحق (٨): رسالة رسمية من الجامعة تؤكد هوية الباحثة كطالبة دكتوراه وقائمة على هذا البحث.

الملحق (٩): رسالة تقديم مع ملخص للبحث وشرح لأهداف المقابلة وأمثلة للأسئلة المتوقعة طرحها.

تم الاتفاق على أن المستشفى ستتواصل معنا لإبلاغنا بقرار الموافقة على إجراء المقابلة أو عدمها.

من العشر مستشفيات تمت الموافقة من ثمانية. (الجدول ٥)

#### الجدول (٥): قائمة المراكز التي وافقت على إجراء المقابلة

أسم المركز
مستشفى الخالدي
المركز العربي الطبي
إبن الهيثم
مستشفى الأردن
المستشفى التخصصي
مستشفى عمان الجراحي
المستشفى الإسلامي
جمعية الملاذ للرعاية الإنسانية

ثالث اتصال: تمثل بمقابلة أولية غير رسمية مع مدراء التمريض لشرح موضوع البحث وأهداف المقابلات بشكل

أكثر تفصيلاً وأيضاً من أجل تحديد موعد لإجراء المقابلة.

تم تحديد ثمانية مواعيد، ستة منها مباشرة واثنان تم الاتفاق على إجرائهما لاحقاً من خلال اتصال مصور عبر

الإنترنت. (الجدول ٦ و ٧)

**الجدول (٦): قائمة المراكز للمقابلات المباشرة**

اسم المركز	مدير التمريض
المركز العربي الطبي	عبيدة كفاوين
إبن الهيثم	محمد حماد
مستشفى الأردن	نادية شاهين وريم بسطامي
مستشفى عمان الجراحي	اسمهان مشارفة
المستشفى الإسلامي	محمد صبحي
جمعية الملاذ للرعاية الإنسانية	غدير برهومة

**الجدول (٧): قائمة المراكز للمقابلة عبر الإنترنت**

اسم المركز	مدير التمريض
مستشفى الخالدي	مزنه التميمي
المستشفى التخصصي	

رابع اتصال: الاتصال الأخير الذي تم فيه إجراء المقابلات.

استطعنا القيام بجميع المقابلات المباشرة وواحدة من اللواتي كان من المقرر إجراؤها عبر الإنترنت، ما مجموعه ٧ مقابلات.

محددات:

- الزمن المتاح: طالت الرحلة إلى الأردن ١٥ يوماً، وهو وقت محدود جداً للتمكن من التواصل مع المستشفيات إذا أخذنا بعين الاعتبار إن كل مقابلة احتاجت عدة اتصالات هاتفية وثلاث زيارات للمستشفى.

- التصريح لإجراء المقابلات: كل مستشفى لديه بروتوكول خاص للسماح بالمشاركة في الأبحاث الخارجية، بعضها كان معقداً جداً ويحتاج لوقت أطول من الذي كان متاحاً لنا.

- توقيت الرحلة: الفترة الوحيدة الممكنة لإجراء الرحلة كانت شهر آب لأسباب تتعلق بظروف عمل الباحثة، وشهير آب هو شهر موسم سياحة عالي في الأردن، بما في ذلك السياحة العلاجية، وجدول عمل مدراء التمريض كان مكتظاً جداً مما قلل فرص تحصيل عدد أكبر من المقابلات. بالإضافة إلى ذلك يتكاثف عدد السكان في العاصمة عمان خلال هذا الشهر بسبب عودة المغتربين مما يسبب صعوبة في التنقل وتأخير تسببه أزمات السير.

- اللغة العربية كلغة تواصل: خلال المقابلات كان علينا أن نترجم بعض المفاهيم والعبارات إلى الإنجليزية لكي تقترب قدر الإمكان من معنى كل منها. هذا العائق هو أحد النتائج المترتبة على نظام تعليمي يستخدم اللغة الإنجليزية

كلغة رئيسية للتعليم في كليات التمريض في الأردن.

- العامل البيئي: أجريت معظم المقابلات في المستشفى نفسه، وفي مناسبتين اضطررنا إلى مقاطعة المقابلة بسبب حالة طوارئ تتطلب تدخل مدير التمريض.

#### التعليق النظري:

معالجة وتحليل البيانات.

لمعالجة وتحليل البيانات تم استخدام المراحل الثلاث من "طريقة الإطار".

المرحلة الأولى: تفرغ محتوى المقابلات على الورق وتم الاستماع لجميع المقابلات وكتبتها وترجمتها للإسبانية، ثم إعطاء رقم لكل مقابلة وتم ترقيم أسطر النصوص.

المرحلة الثانية: مرحلة التعرف أو التعود والإلمام والتي تم من خلالها مراجعة التسجيلات الصوتية والنصوص

المكتوبة باللغتين ثلاث مرات.

المرحلة الثالثة: بناء المعلومات

تهدف هذه العملية إلى معالجة وتلخيص وتجميع المعلومات التي تم الحصول عليها لتركها على أتم الاستعداد للتحليل والمقارنة؛ ويتم تنفيذها بإتباع الخطوات التالية:

١. تصنيف وتجزئة المعلومات:

في هذه الخطوة يتم مراجعة كل نسخة عدة مرات وتحديد كل العبارات أو الكلمات التي توفر معلومات ذات صلة بطريقة تمكن من دمجها في نظام قابل للتعديل.

في نهاية هذه الخطوة تم تقسيم النصوص إلى عدة أجزاء.

٢. ترميز الأجزاء:

تم إعطاء رمزاً لكل جزء، حيث يشير كل رمز إلى عنصر معلومات، وفي كل مرة يتم الكشف عن جزء في مقابلة تتعلق بهذا العنصر يتم اعطاؤه نفس الرمز متبوعاً بترقيم يشير إلى رقم المقابلة.

٣- تطوير إطار عمل تحليلي:

هذه هي مرحلة تصنيف المعلومات المشفرة وتحليلها.

تم استعراض ودراسة عناصر المعلومات بهدف توليد فئات رئيسية ومحددة.

وبما أن المقابلة شبه منظمة، فإن معظم الفئات كانت محددة سلفاً، مع ظهور القليل من الفئات الجديدة في المقابلات.

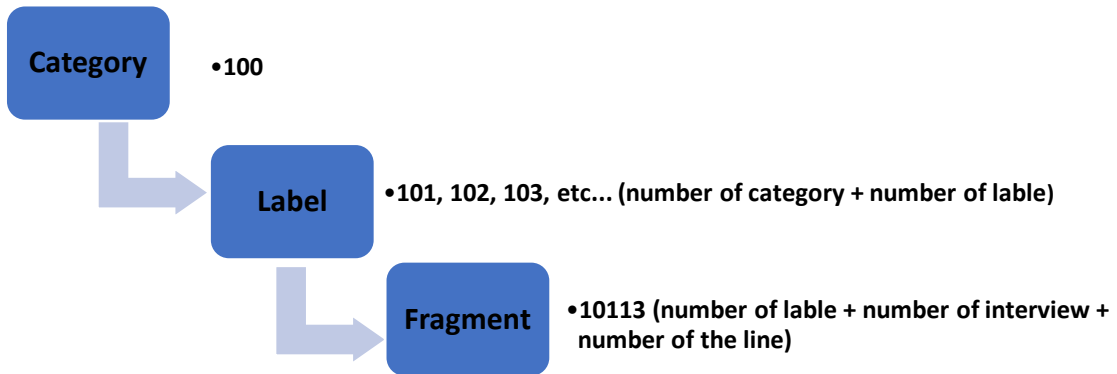
بعد ذلك، تم تجميع عناصر المعلومات ذات الصلة تحت نفس الفئة الرئيسية، وتم تعريف الفئة وتسميتها.

كل عنصر معلومات شكل فئة محددة ولها كود خاص.

تم تعيين رمز رقمي لكل فئة رئيسية والذي شكل لاحقاً الجزء الأول من شيفرة الفئة المحددة متبوعة برقم الكود لكل فئة محددة.

وأخيراً تم وضع كل جزء ضمن فئة محددة وتم ترميزه باستخدام رقم الفئة الرئيسية والكود ورقم المقابلة ورقم السطر المتواجد فيه في النص. (الشكل ٣)

**الشكل (٣): نظام التشفير**



٤. نتائج التعليق النظري:

- عدد المقابلات: ٧

- عدد الفئات المكتشفة: ٩ فئات مع عدد مختلف من التصنيفات في كل فئة.

التعليق الوصفي:

- خلق المصفوفات المتمثل في إنشاء مصفوفة لكل فئة تعرض جميع المقابلات مع رموزها تحت كل تصنيف.

- تفسير البيانات (توليد المذكرات لكل فئة) المتمثل في إقامة روابط بين المشاركين والفئات، هذه الروابط يقودها الأهداف الأصلية للدراسة والمفاهيم الجديدة التي تم إنشاؤها بطريقة استقرائية.

## النتائج:

### - بيانات المشاركين

- جرت جميع المقابلات في الأردن - عمان مع عرب أصليين يعملون في مستشفيات خاصة.
- خمسة من الذين تم مقابلتهم يشغلون منصب مدير ترميض وإثنان يشغلون منصب نائب مدير الترميض مفوضين من قبل مدير الترميض لإجراء المقابلة.
- يعمل أربعة من المشاركين في مستشفيات خدمات طبية عام، وإثنان في مستشفيات جراحية وواحد في منظمة غير حكومية للرعاية التأطيفية.

### - لغات الترميض

- أكد المشاركون السبعة على استخدام الناندا، نيك ونوك.
- أكد خمسة من المشاركين على أهمية توفر نسخة من هذه اللغة الترميضية باللغة العربية، وإثنان لم يجيبوا على هذا السؤال.
- أكد المشاركون الخمسة الذين أجابوا على السؤال حول قيمة نسخة معدلة لغات الترميض متكيفة مع الثقافة العربية فائدة وأهمية هذا التكيف.
- أعرب جميع المشاركين على وجود قيود ومحددات في استخدام الناندا.
- أكد ثالث مشاركين على عدم توفر نسخة من اللغات الترميضية بالعربية.
- فيما يتعلق بقيمة الدراسات المتعلقة بلغات الترميض، عبر المشاركون الأربعة الذين تناولوا الموضوع على أهميتها.
- تطرق أحد المشاركين إلى الإجراءات الضرورية لتشجيع استخدام اللغات الترميضية.

### - سجلات الترميض

- سجلات الترميض في أماكن عمل جميع المشاركين هي سجلات يدوية
- ثلاثة منهم لديهم مشاريع مستمرة للتغيير إلى الأنظمة المحوسبة، والتي ستكون باللغة الإنجليزية وعلى أساس مبني على الناندا، نيك ونوك ومصممة بشكل خاص للمستشفى؛ أما الأربعة الآخرون فليس لدى أماكن عملهم خطة للحصول على نظام محوسب، لكنهم يتمنون الحصول عليه بشدة ويعترفون بأهميته.
- يعتبر جميع المشاركين أن السجلات الحالية ذات نوعية رديئة وأنها تستهلك الكثير من الوقت.
- اتفق ثلاثة من المشاركين الأربعة الذين أجابوا على هذا السؤال أنه على الرغم من ضعف جودة سجل الترميض، فإنه يعتبر دليلاً في المحاكمات القانونية، فيما واحد من المشاركين عبر عن رأي معاكس



- لغات التواصل والتوثيق

• لغة التواصل بين المهنيين والمرضى في أماكن العمل السبعة هي العربية، حيث ذكر اثنان منهم أن اللغة العربية مختلطة مع اللغة الإنجليزية عند الحاجة لاستخدام مصطلحات طبية.

• لغة سجلات التمريض في أماكن العمل السبعة هي اللغة الإنجليزية، مع استخدام محدود للغة العربية لتسجيل الكلمات الدقيقة للمريض والتي يصعب ترجمتها إلى اللغة الإنجليزية كما أكد اثنان من المشاركين وكذلك تستخدم اللغة العربية في تقارير الحوادث المهنية وفقاً لأحد المشاركين يعتبر أحد المشاركين استخدام اللغة الإنجليزية هو استخدام ثانوي.

• وفقاً لخمسة من المشاركين فإن قاموس مصطلحات طبية باللغة العربية ضروري، لكنه غير متوفر بينما باقي المشاركين لا يعتبرونه ضرورياً.

• يؤكد المشاركون الستة الذين أجابوا على سؤال حول مستوى اللغة الإنجليزية للممرضات أن المستوى العام سيئ

• أعرب المشاركون الستة الذين ناقشوا الثغرات المحتملة في التواصل والتوثيق والمتعلقة باللغات عن قلقهم إزاء نقص المهارات اللغوية وتأثيرها على جودة السجلات.

• انقسم المشاركون في رأيهم حول فعالية سجل تمريضي باللغة العربية، ثلاثة من الخمسة الذين ناقشوا ذلك أظهروا موقفاً إيجابياً تجاه هذه الفكرة ولكن بحذر شديد، والآخران يعتقدان أنه بالتأكيد سيفشل.

- ترجمة التشخيصات التمريضية إلى العربية

“Spiritual suffering”

خمسة من المشاركين ترجموها إلى المعاناة الروحية، أحد المشاركين تولد لديه شك ما بين المعاناة الروحية والنفسية والمشارك الآخر ترجمها إلى المعاناة النفسية.

“Grief”

أربعة من المشاركين ترجموها إلى الحزن، مشارك واحد ترجمها إلى الأسى الترجمة المختارة من قبل الباحثة، ومشاركان تولد لديهم شك وحيرة واختاروا كلمات لا تمت بصلة لمعنى هذه الكلمة.

“Hopelessness”

أربعة مشاركين ترجموها إلى فقدان الأمل والمشاركان الآخران اختاروا كلمة اليأس،

- تعريف التشخيصات التمريضية

• اختار أربعة من المشاركين تعريف الناندا للأسى وثلاثة اختاروا تعريف الأتيك.

- اختار ستة مشاركين تعريف الأتيك للمعاناة الروحية ومشارك واحد اختار تعريف الناندا.
- اختار خمسة مشاركين تعريف الأتيك لفقدان الأمل ومشاركين اختاروا تعريف الناندا.
- المداخلات التمريضية المرتبطة بالتشخيصات التمريضية موضوع البحث:
- ستة مشاركين اختاروا قائمة المداخلات المرتبطة بالأسى وفقدان الأمل القادمة من الأتيك ومشارك واحد اختار قائمة النيك.
- خمسة مشاركين اختار قائمة المداخلات المرتبطة بالمعاناة الروحية القادمة من الأتيك ومشاركين اختاروا قائمة النيك.
- الجوانب الثقافية
- جميع المرضى تقريباً في أماكن عمل المشاركين هم من العرب.
- الدين والموت والخصوصية ومفهوم الألم والمعاناة والنظافة والفروقات بين الجنسين والتعبير عن المشاعر هي أهم الجوانب الثقافية ذات الصلة بالرعاية الصحية
- المستوى المعرفي للمشاركين حول المواضيع المطروحة:
- معظم المشاركين على إطلاع وأظهروا اهتماماً كبيراً بمشاركة معارفهم حول الموضوع.
- بعض المشاركين لم يكن لديهم مفهوم واضح عن اللغات التمريضية.
- أظهر معظم المشاركين إحباطهم من الوضع الحالي في أماكن عملهم وأبدوا تقديرهم لمبادرات مثل هذا البحث الذي قد يتسبب في حدوث تغيير في المستقبل القريب.

#### المناقشة:

#### لغات التمريض

على الرغم من أن الناندا، نيك ونوك هي اللغة المستخدمة في جميع أماكن العمل الخاصة بالذين أجريت معهم المقابلات، إلا أن استخدامها ليس رسمياً ولا موحداً في جميع أنحاء المستشفى، ثلاثة من المشاركين فقط يؤكدون استخداماً موحداً في جميع أنحاء المستشفى، بينما يؤكد الباقون استخدام تسوده الفوضى والانتقائية، أحد المشاركين يؤكد أن استخدامها في وحدة العناية المركزة هو رسمي ومنهج ولكن ذلك ليس هو الحال في مرافق المستشفى. الأخرى بالإضافة إلى ذلك، يؤكد اثنان من المشاركين أن استخدامها محدود في العديد من الحالات على استخدام التشخيصات، وحصراً التشخيصات المرتبطة بالأعراض الحقيقية المرتبطة بالإعراض الجسدية ودون أي ربط لتلك التشخيصات بالمداخلات التمريضية، أي أنها لا تستخدم لتطوير خطة الرعاية التمريضية.

" ليس لديهم القدرة على تحديد تشخيصات نفسية او روحية، حتى عندما يكون سبب الإدخال هو سبب نفسي".

فهم أهمية اللغات التمريضية لا يبدو فهماً شاملاً ولا كاملاً لدى بعض المشاركين، أحد المشاركين وصف استعمال المداخلات والتشخيصات بهذه الكلمات: " بالنسبة للمداخلات أسجل ما أقوم به، أما التشخيصات فأسجل ما أتذكر من الناندا".

هذا الوصف يشير إلى استعمال يفتقر لمكونات العملية التمريضية.

في دراسة أجريت لاستكشاف مستوى المعرفة واستخدام منهجية التمريض بين ٤٥٣ ممرضة في شبلي، أظهرت النتائج أن مستوى المعرفة لدى المشاركين لا يتجاوز ٥٠٪ في أي من جوانب المعرفة المستكشفة، وأفادت النتائج أن ٧٣٪ لا يطبقون النيك والنوك وأن ٤٦,٧٪ يرون أن تدريبهم على منهجية التمريض لم يكن كافياً لتطبيقها في الممارسة العملية. (١٦٥)

أظهر جميع المشاركين إحباطاً بسبب محددات الناندا التي يواجهونها؛ يؤكد أربعة من المشاركين أن الناندا تستهلك الكثير من الوقت؛ نعتقد أن هذا قد يكون بسبب بنية هذه اللغة وطبيعتها وسياقها وكذلك استخدامها في السجلات اليدوية.

ذكر أحد المشاركين وجود قيود تتعلق بثقافة المجتمع وعدم احترام مهنة التمريض، ويعتبر أن دمج التشخيص التمريضي في التواصل مع المرضى أمر صعب ولن يقبله أو يحترمه.

عبر هذا المشارك عن ذلك بقوله: " عقليات الناس في مجتمعنا وانعدام الاحترام لمهنة التمريض يجعل من المستحيل التحدث معهم عن التشخيصات التمريضية... مستحيل".

لا شك أنها ملاحظة مثيرة للاهتمام، هذا المشارك يعتبر صورة المهنة في المجتمع عائق أمام استخدام التشخيصات التمريضية، وهو من ناحية يؤكد المعلومات الواردة في دراسات سابقة حول الوضع الاجتماعي للمهنة، ومن ناحية أخرى يشير إلى سوء فهم لوظيفة التشخيصات وتطبيقاتها.

يبدو أن عدم فهم الناندا من جانب الممرضات والممرضين هو مشكلة متكررة وعامة وخطيرة؛ وفقاً للمشاركين فإن الممرضات والممرضين غير مقتنعين بفائدتها ولا يشعرون بالراحة عند استخدامه.

يؤكد المديرون أن هذه المشكلة تؤثر على جودة الرعاية والسجلات التي يعتبرونها لا تعكسها أعمال الممرضات والممرضين اليومية.

وفقاً للمشاركين، فإن لغة الناندا، نيك ونوك هي لغة صعبة الاستخدام ومحددات استخدامها ترجع إلى عوامل متعددة، بما في ذلك:

• تتطلب الكثير من الوقت عند التسجيل.

• أنها عامة ولا تعالج قضايا محددة.

• يجب تكييفها مع الاحتياجات الثقافية.

• أنها باللغة الإنجليزية.

عند مراجعة التعليقات المتعلقة بمحددات استخدام الناندا، لفت انتبهنا بعضها والتي تشير من جديد إلى عدم فهم الفائدة من لغات التمريض وتطبيقها.

"إن وجود (قائمة) يجعل استخدامها سهل": يعتبر هذا المشارك أن وجود قائمة يجعل من السهل على الممرضين الاختيار، في الحقيقة يمكن لهذه الأداة إن تسهل الاستخدام وأن توفر الوقت؛ ومع ذلك فهي تشكل خطوة واحدة فقط في العملية التي يجب اتباعها لإنشاء خطة رعاية، الاستخدام الصحيح يتطلب مهارات التفكير النقدية والقدرة على ربط التشخيص مع المداخلات والنتائج.

"مرضانا يحتاجون للمتابعة أكثر من خطة الرعاية": هذا التعليق يشير إلى ارتباك واضح حول فائدة لغات التمريض، في الواقع إن هذا الفصل ما بين متابعة المرضى وما بين خطة الرعاية يهدم تماماً مفهوم عملية التمريض التي نعتبرها واحدة من أهم الخطوات التي اتخذتها هذه المهنة نحو استقلالها.

"ليس لدي أي مشكلة": المشارك الوحيد الذي أكد عدم وجود مشاكل عند استخدام الناندا هو نفسه الذي أكد أن استخدامه يقتصر على ما يذكره من تشخيصات التمريض دون أي صلة بالمداخلات وأنه يسجل ما يفعله بلغته الطبيعية، لذلك لا نعتبر هذا الرأي صالحاً، نظراً لأن استخدامه للناندا ليس استخداماً صالحاً أيضاً.

"لم أتوقف للتفكير بالأمر من قبل": نحن نعتبر أن استكشاف قيود استخدام لغات التمريض له أهمية كبيرة، دون ذلك لا يمكننا تقييم فائدتها ولا يمكن تعديلها لتحسين النظام.

فيما يتعلق بأسباب محدّدات استخدام الناندا، مشارك واحد فقط تطرق لهذا الأمر، موضحاً أنه لم يبحث بشكل جدي ولكن الممرضات تربطه بقلّة الوقت وعبء العمل، لكنه لا يعتبرها أسباباً مقبولة ويعتقد أنها ترتبط بالحاجة إلى تعديل الناندا وإلى عدم وجود نسخة باللغة العربية وعدم وجود سجل تمريضي محوسب.

وعلق هذا المشارك نفسه أن دعم القادة ومنظور مشترك سيساعدان في تعزيز استخدام لغات التمريض بطريقة منظمة وموحدة.

أكد المشاركون أنهم ليسوا على علم بوجود نسخة من الناندا باللغة العربية، وذلك يتوافق مع نتيجة البحث السابق

الذي قامت به الباحثة.

لم تكن فكرة إصدار نسخة عربية من اللغات التمريضية وتأثيراتها المحتملة في الممارسة موضوعاً سهلاً على المشاركين، فقد كان لديهم الكثير من الشكوك المتعلقة بنقص الخبرة في استخدام الموارد باللغة العربية. بعد التفكير بالموضوع الآراء كانت في أغلبها إيجابية، ويعتقد المشاركون أن نسخة من الناندا باللغة العربية أسهل للفهم، وتسهل التواصل مع المرضى وتسجيل ملاحظات التمريض، وتسمح بوجود سجل أكثر دقة وخطة رعاية أكثر اكتمالاً.

يعتقد أحد المشاركين أن استخدامه في السجلات المحوسبة معقد للغاية.

لفت أحد المشاركين الانتباه إلى حقيقة أن استخدام النسخة العربية وتطبيقها في المستشفيات يحتاج إلى الكثير من الدعم من المديرين.

فيما يتعلق بأهمية تعديل وتكييف لغات التمريض، يعتقد المشاركون أنه من الضروري للغاية تعديل الموارد الدولية وتكييفها مع الثقافة العربية، بما في ذلك الناندا.

أكد المشاركون أن إصداراً مُعدلاً من الناندا يأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الثقافية سيسمح بسجل موحد ودقيق وسهل الفهم، وسيمكننا أيضاً من التواصل بشكل صحيح مع المرضى وتزويدهم بالرعاية المعيارية والموجهة ثقافياً، وسيمنح الممرضات والممرضين المزيد من الاستقلالية.

الدراسات المتعلقة باللغات التمريضية والتكيف الثقافي وموضوع البحث مثيرة للاهتمام بالنسبة للمشاركين ويعتبرونها مفيدة جداً في فتح العقل وتغيير المنظور الاجتماعي لمهنة التمريض. إن عدم وجود دراسات تتعلق باستخدام لغات التمريض في العالم العربي يمنعنا من مقارنة هذه النتيجة مع دراسات أخرى. نعتقد أن عدم وجود استخدام رسمي وموحد قد يكون السبب في عدم تناول هذه المسألة في العمل البحثي، أي أنها في الوقت الحالي لم تحظى بالاهتمام الكافي.

على المستوى الدولي، عالجت العديد من الدراسات هذه القضية وأكدت رجحان استخدام الناندا في معظم البلدان وأبرزت وجود عوائق أمام تطبيق لغات التمريض في الممارسة، مما يسبب الحد من استخدامها في العديد من المرافق الصحية في جميع أنحاء العالم.

أظهرت دراسة أجريت لاستكشاف المعرفة واستخدام لغات التمريض بين طلاب التمريض في المركز الطبي الاتحادي في نيجيريا، والتي شارك فيها ٢٥٠ ممرضة أن لديهم القليل من المعرفة حول لغات التمريض. (١٦٦)

وقد تم تأكيد الملاحظة نفسها في دراسات أخرى عديدة مثل: غوصين (٢٠١٦)، الاوقون (٢٠١١) وثيدي (٢٠١١). (١٦٦)

أما بالنسبة لمحددات استخدام اللغات التمريضية تؤكد هذه الدراسة نفسها أن التحديات الرئيسية المتعلقة باستخدام لغات التمريض التي حددها المشاركون هي: المعرفة المحدودة بتلك اللغات ونقص الموارد والخدمات الأساسية، والسياسات السيئة والفقيرة، والتدريب المستمر غير الفعال ونقص الموارد البشرية. (١٦٦)

تؤكد مقالة للمؤلفة رينا أن الاستخدام غير السليم لعملية الرعاية التمريضية يرجع إلى عدم وجود نظام قياسي للتسجيل وعدم وجود الوقت الكافي للتسجيل والإفراط بالعمل والتركيز على توزيع الأدوية والكسل والروتين وعدم الاهتمام بتطبيق العملية التمريضية وقلة المعرفة بها والإعداد الضعيف في الجامعة. (١٦٧، ١٥٦)

دراسة أخرى حول سلوكيات الممرضين في مراكز الرعاية الأولية في سالامانكا والحواجز المنظورة من قبلهم بشأن منهجية التمريض تؤكد وجود "سلوكاً إيجابياً تجاه منهجية التمريض كوسيلة من وسائل تحديد وتوثيق العمل الذي تقوم به الممرضات، ولكن استخدامها لا يزال نادراً والعقبات الرئيسية التي تعترض تنفيذها هي: عدم وجود سجل إلكتروني مناسب وتعقيد اللغات الموحدة ونقص التدريب على جميع المستويات وعدم وجود عناصر تحفيز وتقدير". (١٦٨)

في بحث أجري في تشيلي بهدف تحديد العوامل المرتبطة باستخدام العملية والمصطلحات السريرية للتمريض أجري على عينة من ٣٠٠٠ ممرضة وسلط الضوء على بعض أسباب عدم استخدام عملية التمريض، من بينها: "ليس لديهم تسجيل موحد، العمل الزائد، قلة الوقت، عدم اهتمام المديرين". (١٦٩)

#### سجلات التمريض

سجلات التمريض في أماكن العمل السبعة هي يدوية، ثلاثة منهم لديهم مشاريع لتحويلها إلى نظام محوسب مبني على الناندا وباللغة الإنجليزية لأنها غير قابلة للتطبيق باللغة العربية في الوقت الحالي. هذه النتيجة تتماشى مع دراسات أخرى حول الوضع الحالي للنظم الصحية الإلكترونية في الشرق الأوسط. تؤكد الدراسات أن الأنظمة الإلكترونية قد تم إدخالها في الدول العربية منذ فترة طويلة، لكن استخدامها لا يزال محدوداً، ولا تزال العديد من المستشفيات تستعمل السجلات اليدوية غير المركزية. (١٣٧)

يؤكد أحد المشاركين أن النظام المحوسب سوف يعتمد على نفس القوائم الموجودة الآن على الورق، ولكن لا يمكنه تأكيد ما إذا كانت القوائم الورقية تستند إلى الناندا. بموافقة قامت الباحثة بمراجعة نماذج التمريض في المستشفى

واستطاعت التأكد أنها مبنية على الناندا.

فيما يتعلق بتقييمهم للنظام اليدوي المستخدم حالياً في أماكن عملهم، يشعر المشاركون بالإحباط بسبب الجودة الرديئة للوثائق والملاحظات غير القابلة للقراءة والوقت المفرط الذي يتطلبه كتابتها.

المشاركون عبروا عن ذلك بالملاحظات التالية:

- "تستهلك الكثير من الوقت".

- "وثائق ذات جودة متدنية".

- "لا نقوم بالتوثيق بشكل جيد".

- "السجل قائم على ملاحظات مختصرة".

- "أحياناً لا نفهم ما هو مكتوب".

يرغب جميع المشاركين في الحصول على نظام محوسب وموحد، ويعتقدون أن هذا يسهل تسجيل الأنشطة التمريضية ويضمن سلامة المرضى ويحسن جودة الرعاية والتوثيق ويسمح بإدارة الوقت ويقلل من كمية المعلومات التي لا يتم تسجيلها حالياً.

أحد المشاركين يعتقد أن هناك حاجة لتحسين مستوى اللغة الإنجليزية وعلوم الكمبيوتر لدى الممرضين والممرضات قبل التفكير في الانتقال إلى نظام محوسب.

مزايا النظام المحوسب التي ذكرها المشاركون تتماشى مع تلك المؤكدة في دراسات سابقة.

تؤكد الدراسات أن أنظمة التوثيق اليدوية لا تعكس الرعاية التمريضية المقدمة أو وجهة نظر المريض، وأنه على

الرغم من أن النظم الإلكترونية لها عيوبها كاستهلاك الوقت، إلا أنها منظمة بشكل أفضل وأكثر دقة. (١٤٢)

يعتقد أحد المشاركين الأربعة الذين أجابوا عن القيمة القانونية للسجل التمريضي أنه لا يعتبر دليلاً صالحاً في

المحاكمات، بينما يعتقد الثلاثة الآخرون خلاف ذلك؛ على الرغم من أنهم يعتبرونه غير موثوق بهم بسبب نقص

المعلومات والتفاعلات والإجراءات غير المسجلة، وبالتالي فهو ليس انعكاساً دقيقاً للواقع.

لم نعثر على معلومات موثوقة حول القيمة القانونية لسجل التمريض؛ بالإضافة إلى ذلك، هناك القليل من المعلومات

حول التشريعات الصحية في الدول العربية.

#### لغات التواصل والتوثيق

لغة التواصل بين المهنيين والمرضى في أماكن العمل السبعة هي العربية، جنباً إلى جنب مع اللغة الإنجليزية عندما

تستدعي الحاجة شرح مصطلحات طبية. يعلق أحد المشاركين على ذلك بأنهم يحاولون ترجمة المصطلحات الطبية

إلى العربية ولكن لا يملكون دائماً الكلمات المناسبة.

في نفس الوقت لغة سجلات التمريض هي اللغة الإنجليزية في أماكن العمل السبعة، باستثناء الكلام المنقول على لسان المريض الذي لا يمكن ترجمته إلى الإنجليزية وتقارير حوادث العمل لأولئك الذين يفضلون التعبير عن أنفسهم باللغة العربية، كما أكد اثنان من المشاركين.

تتوافق هذه النتائج مع بيانات من دراسات سابقة والتي تؤكد استخدام اللغة الإنجليزية في التواصل المهني في المستشفيات في الدول العربية.

يشرح ترومولتي (٢٠٠١) أن اللغة الرسمية في المستشفيات في الشرق الأوسط هي الإنجليزية، (٢٠) وسيمبسون وآخرون (٢٠٠٦) يؤكدون أيضاً أن اللغة الرسمية في القطاع الصحي هي اللغة الإنجليزية. (٢٤)

أحد المشاركين يؤكد أن استخدام اللغة الإنجليزية هو استخدام ثانوي، على الرغم من كونها لغة دراسات التمريض والسجلات التمريض في مكان عمله، ولكنه لم يقدم لنا المزيد من المعلومات عن الكيفية التي توصلوا من خلالها إلى الحصول على المهارات اللازمة لتوصيل المصطلحات الطبية باللغة العربية للمرضى أو إذا ما كانوا قد قاموا بعمل نوع من المسح الذي يقيّم مدى رضا الممرضات والمرضى.

ووفقاً لرأي خمسة من المشاركين، فإن قاموساً طبياً عربي-إنجليزياً للمصطلحات الطبية ضروري للغاية لتوحيد المصطلحات باللغة العربية والتوقف عن استخدام اللغة المحكية غير الاحترافية.

من الملفت للنظر تعليق أحد المشاركين بقوله " الممرضون والممرضات معتادون على ترجمة المصطلحات الأكثر استخداماً".

يؤكد هذا المشارك على الحاجة إلى قاموس ولكنه بذات الوقت مكتفي بقدرة الممرضين على استخدام المصطلحات الأكثر استعمالاً، نحن نعتقد بأن ذلك ليس كافياً ويمكن أن يؤدي إلى استخدامها خارج السياق الصحيح مما يؤثر دون شك على جودة الخدمة ويعرض صحة المرضى للخطر.

يعتقد اثنان من المشاركين أن قاموساً باللغة العربية ليس ضرورياً ويؤكد أحدهم أن قاموس المصطلحات الطبية الإنجليزية-الإنجليزية يكفي.

نحن نعتقد أن الرأي المعارض للحاجة إلى وجود قاموس عربي يفتقر إلى الوعي بخطورة مشكلة مستوى اللغة الإنجليزية للممرضات التي أکدها المشاركون لاحقاً.

ربما يرجع هذا الرأي إلى عدم وجود نظام تدقيق داخلي لاكتشاف الثغرات والأخطاء التي تسببها هذه القناعة أو



ربما يرجع إلى موقفهم المتماشي مع الواقع الموجود على الرغم من أنه ليس مثالياً.

مستوى اللغة الإنجليزية للممرضات منخفض جداً، ويؤكد المشاركون أن الممرضات والممرضين يفهمون ما يسمعون لكنهم يتحدثون بشكل سيء، وأن مستوى الخريجين الجدد يزداد سوءاً، وأنهم يفتقرون إلى الاهتمام بإتقان اللغة وأن لديهم أخطاء متكررة في التهجئة والإملاء.

أعرب المشاركون عن إحباطهم من الموضوع بتعليقات مثل "نتائج امتحانات المستوى في المقابلات الوظيفية مؤسفة"، ويقول آخر: " أن اطلب منهم التحدث باللغة الإنجليزية في المقابلة يشبه أن تطلب منهم المستحيل"، تعليق آخر يقول " أنهم ي نهون درجة البكالوريوس بمستوى منخفض ولا يتحسنون بعد ذلك"، والأخير يقول " يجب أن أترجم إلى العربية لبعض الزملاء المهنيين كي يفهم ما أقول، بعضهم من من لديهم الكثير من الخبرة".

هذا التقييم لمستوى اللغة الإنجليزية يتطابق مع نتائج الدراسات المنشورة.

توضح دراسة ترومولتي (٢٠٠١) المذكورة أعلاه أنه على الرغم من أن اللغة الرسمية في المستشفيات في الشرق الأوسط هي اللغة الإنجليزية، فإن العديد من الممرضات لا يتكلمون هذه اللغة. (٢٥)

وتظهر نتائج امتحانات اللغة الإنجليزية لطلاب المدارس الثانوية في الأردن أن مستوى إتقان اللغة الإنجليزية قد تدهور بالقياس لنتائج سنوات سابقة. (١٢٣)

الدراسات تشير أيضاً أن طلاب الجامعات في سلطنة عمان يستمرون بالتخرج مع مستوى منخفض في اللغة الإنجليزية. (١٢٤)

وفقال فرح (٢٠١٠) يواجه تدريس اللغة الإنجليزية كلغة ثانية في البلدان العربية العديد من التحديات التي تسبب انخفاض مستوى اللغة المذكورة في هذه البلدان. (١٢٦، ١٢٧)

جادل واحد فقط من المشاركين في جذور مشكلة مستوى اللغة الإنجليزية للممرضات، ويعزوها إلى النزعة إلى زيادة عدد طلاب التمريض على حساب الجودة وإلى نوع الامتحانات في كليات التمريض التي في معظمها من نوع الاختيار المتعدد وإلى النقص في عدد الموظفين المكرسين للتدريب المستمر في المستشفيات والمستوى العالي للاستقلالات.

تعزو الدراسات المنشورة المستوى المنخفض للغة الإنجليزية إلى العوامل المتعلقة بالنظام التعليمي في الدول العربية وإلى طبيعة اللغة العربية الأم وإلى الفجوة بين المستويات المطلوبة في المدرسة والجامعة وإلى عدم الاهتمام برفع المستوى وإلى الفرص القليلة المتوفرة للتفاعل مع متحدثين بالإنجليزية أصليين. (١٢٣، ١٢٤، ١٢٦، ١٢٧)

وفقا للمشاركين هناك فجوة خطيرة جدا في التواصل والتوثيق بسبب عدم وجود المصطلحات الطبية والموارد ومصادر المعلومات باللغة العربية. ويؤكدون أن اعتماد اللغة الإنجليزية وعدم وجود مراجع قياسية باللغة العربية في بيئة عمل حيث غالبية المرضى من العرب دفع موظفي التمريض إلى استخدام اللغة الطبيعية التي ولدت حقيقة مؤسفة من السجلات غير الدقيقة والملينة بالأخطاء.

انخفاض مستوى إتقان اللغة الإنجليزية يؤدي إلى عدم الفهم وهذا بدوره يؤدي إلى عدم القدرة على عكس واقع الأنشطة التمريضية في السجلات.

يؤكد أحد المشاركين أنه في العديد من المرات لا يفهم ما هو مكتوب في السجل، مما يشكل عائق مهم في التواصل بين المهنيين ومصدر خطير للأخطاء.

مشارك آخر عبر عن الوضع بتعليق مقلق إلى حد ما "أنا لا أثق بملاحظات الممرضات"، نعتبر انعدام الثقة في سجلات التمريض ثغرة خطيرة في التواصل.

لم نعر على أي دراسة تستكشف جودة سجلات التمريض في الدول العربية، لكن الدراسات تؤكد أن نقص المهارات اللغوية يمكن أن يتسبب في تدني جودة السجلات والأخطاء الخطيرة في الوثائق. (فريحات)، (١١٧) (بدر الدين وعارف)، (١١٨) (جاكيوند)، (١٢١) (ألن). (١١٤)

يسلط المشاركون الضوء على صعوبة استخدام لغة غير اللغة الأم، ولكن في نفس الوقت ليس لديهم المصطلحات الكافية لشرح كل شيء باللغة العربية للمريض.

كما يؤكدون أن اللغة العربية هي لغة معقدة وترجمة المصطلحات الطبية إلى اللغة العربية أمر صعب للغاية. يتوافق ذلك مع الصعوبة المزدوجة المذكورة آنفا المتعلقة بالترجمة التي توجهها الدول العربية من حيث التكيف الثقافي للموارد العلمية الغربية وتعقيد عملية الترجمة نفسها.

ويتفق المشاركون في أننا قد تجاهلنا تماما أهمية اللغة العربية عند التعامل مع المرضى العرب، وغالبا دون وبدون وعي نحدثهم باللغة الإنجليزية.

لتحسين الاتصال والتوثيق، أحد المشاركين يعتقد أنه من الضروري توفير مقررات جامعية خاصة لدراسة المصطلحات الطبية والاختصارات الإنجليزية، مما يدعونا للتساؤل إذا ما كان هناك أيضا مشكلة في الإعداد الأكاديمي بالإضافة إلى مشكلة اللغة.

مشارك آخر يعتقد أننا يجب أن نتجنب التعاقد مع الممرضات والممرضين الذين لا يظهرون اهتماما في تحديث

وتحسين مهاراتهم في اللغة الإنجليزية وخلق بروتوكول مراجعة روتينية للسجلات ولفت انتباه العاملين لأي أخطاء في الكتابة.

ورداً على سؤال حول قيمة مادة جامعية تعالج موضوع المصطلحات الطبية باللغة العربية أحد المشاركين يعتقد أنه من الصعب التكهن بالنتائج، يمكن أن يكون لها مزايا ومخاطر في ذات الوقت، ولكن عموماً ستسهل العمل بالتشخيصات التمريضية وستقربنا من الواقع.

لم يكن المشاركون متأكدين من رأيهم حول قيمة سجل تمريضي باللغة العربية.

المشارك كان اللذان كان لهما موقف إيجابي تجاه الفكرة يعتقدان أن من شأنه أن يعطي قيمة كبيرة لعمل التمريض في العالم العربي، وأن يحسن تقييم حالة المريض ويسهل التواصل مع المرضى وأسره، وكذلك سيرسم بشكل أكثر تحديداً دور التمريض ضمن فريق الرعاية الصحية، وسيضمن توثيقاً أكثر دقة وسيسمح بتوفير الرعاية الشاملة للمريض.

مشارك آخر لم يكونا لصالح الفكرة ويعتقدان أن الوضع سيكون كارثي، وذلك لانعدام المصطلحات الطبية باللغة العربية ولأنه لن يتمكنوا من فهم بعضهم بعضاً، وأنه من الصعب جداً تنفيذ ذلك في ظل هذا الاعتماد الكامل على اللغة الإنجليزية في التعليم وفي المرافق الصحية.

المشارك الأخير الذي أجاب على هذا السؤال كان رأيته لصالح الفكرة، ولكنه يعتقد أنها لن تنجح في ظل الواقع الحالي.

التدابير التي اقترحها المشاركون للوصول لاستخدام سجل تمريضي باللغة العربية كانت على النحو التالي:

- يجب على القادة في المهنة توفير الموارد اللازمة لإنشاء قاعدة صلبة تسمح بتطبيق هذا التسجيل.

- البدء من الجامعة.

- توفير الكتب والمواد التعليمية باللغة العربية.

ترجمة التشخيصات التمريضية موضع الدراسة إلى اللغة العربية:

ترجم خمسة من المشاركين العرب الـ "Spiritual suffering" إلى المعاناة الروحية، متوافقين في ذلك مع ترجمة

الباحثة. المشاركون الآخرون انتابهم الشك ما بين المعاناة الروحية والمعاناة النفسية.

نحن لا نعرف مصدر هذا الالتباس، لأن الفرق في المعنى بينهما في اللغة العربية واضح جداً كذلك فإن الروحانية

هي جزء أساسي من الحياة في البلدان العربية على الرغم من اختلاطها أو سيطرة الدين على مفهومها في كثير من

الحالات.

خمسـة من المشاركون ترجموا الـ “Grife” إلى الحزن. أحد المشاركون لم يكن على علم بمعنى ومفهوم

الـ “Grief”، وبعد شرحها له ترجمها إلى الحزن أيضاً.

في حين أن الحزن هو شعور، فإن الأسى هو مرحلة يمكن أن تؤدي إلى الشعور بالكثير من المشاعر وإلى تغيرات في السلوك وأسلوب الحياة. الحزن هو مجرد مظهر للأسى، لذلك نعتبر أن الكلمة المختارة من قبل المشاركين غير كافية لوصف الـ “Grief”.

في الوقت نفسه نحن ندرك أنه مفهوم جديد وكثيرون لا يدركون ابعاده حتى ضمن فرق الرعاية الصحية.

ترجمتها إلى اللغة العربية كانت مهمة معقدة وصعبة حتى للباحثة.

أحد المشاركين فقط اتفق مع ترجمة الباحثة، على الرغم من أنه ليس من قبيل الصدفة أنه المشارك الذي يعمل بشكل متكرر مع هذا التشخيص بحكم طبيعة المرضى الذين يراعاهم.

" الأسى " هي الكلمة المختارة من قبل الباحثة، وهي كلمة معناها يحمل الكثير من المعلومات: الشعور بالحزن إزاء فقدان شيء أو شخص ما إلى الحد الذي يمكن أن يسبب تغييرات في حياته وطريقك رؤيته للعالم، إنها حالة ذهنية دائمة ولا تختفي تمامًا أبداً.

أما بالنسبة للكلمات الأخرى المختارة (الحطام، الولع، محطم، مصاب، مصاب جلد) فهي لا تعبر عن الـ بأي شكل، ربما فقط هناك مقارنة ممكنة في بعض السياقات لمعنى الكارثة العاطفية. (١٧١،١٧٠)

الباحثة اختارت كلمتين للتعبير عن الـ “Hopelessness”، اليأس وفقدان الأمل، وكلاهما يقاربا المعنى دون فرق حقيقي يذكر.

أربعة مشاركون اختاروا فقدان الأمل واثنان اختارا اليأس والأخير اختار لا أمل في شفائهم، وهذه الأخيرة تعتبر ترجمة غير صحيحة ومحددة بحالة واحدة فقط.

#### تعريفات التشخيصات موضوع الدراسة

قدمنا تعريفين لكل تشخيص لاختيار الأكثر شمولية وصحة دون معرفة سابقة من أي لغة يأتي كل منهما

أ: تعريف الأتيك

ب: تعريف الناندا

فيما يتعلق بتعريف الأسى، اختار ٤ من المشاركين تعريف الناندا و ٣ تعريف الأتيك

اختار ٦ مشاركون تعريف الأتيك للمعاناة الروحية واحد اختار تعريف الناندا.

٥ مشاركون اختاروا تعريف الأتيك لفقدان الأمل واثنان تعريف الناندا.

تشير النتائج إلى ميل عام نحو تعريفات الأتيك باستثناء تعريف الأسى.

#### المداخلات التمريضية المرتبطة بتشخيصات الدراسة

فيما يتعلق بالمداخلات، فقد قدمنا قائمتين من لاختيار التي يعتقدون أنها الأكثر اكتمالا دون معرفة سابقة من أي لغة كل قائمة

أ: قائمة الأتيك

ب: قائمة النيك

اختار ٦ من المشاركين قائمة الأتيك للمداخلات المرتبطة بكل من الأسى وفقدان الأمل ومشارك واحد اختار قائمة النيك.

اختار ٥ من المشاركين قائمة الأتيك للمداخلات المرتبطة بالمعاناة الروحية ومشارك قائمة النيك

فيما يتعلق بالمداخلات هناك أيضًا ميل واضح نحو الأتيك.

#### القضايا الثقافية

في مرحلة مراجعة المقابلات، لاحظنا أن المشاركين سلطوا الضوء على بعض القضايا الثقافية النمطية للثقافة العربية التي تؤثر بشكل مباشر على جوانب الصحة والمرض.

- وأكد المشاركون أن معظم المرضى في أماكن عملهم هم من العرب، وأنه من أجل توفير الرعاية الجيدة لهم، يجب مراعاة الاحتياجات الثقافية.

- أهم الجوانب الثقافية هي تلك المتعلقة بالدين وطقوسه والروحانيات والموت وإعداد الجسم بعد الوفاة والخصوصية ومفهوم الألم والمعاناة والنظافة وجنس العاملين في التمريض.

- الروحانية هي الدين أو القدر بالنسبة لمعظم العرب والإيمان بالله يلعب دورًا أساسيًا في التغلب على مصاعب الحياة بما في ذلك المرض؛ لذلك من الضروري توفير جميع الموارد حتى يتمكن المرضى من ممارسة طقوسهم الدينية.

- من المهم تعليمهم على سبيل المثال كيفية العناية بالجرح عند الضوء، مع الأخذ في الاعتبار أنه من الممارسات التي يؤديها المسلمون خمس مرات في اليوم.

- من الضروري توضيح بروتوكول العمل الذي يجب تنفيذه بعد الموت، حتى لا يتم انتهاك الأعراف الثقافية لإعداد الجسد وأن تكون الاختلافات بين المسلمين والمسيحيين العرب في هذا الأمر واضحة.

- يجد العرب صعوبة في التعرف على المشاعر والتعبير عنها، فهم لا يشعرون بالحرية والراحة للقيام بذلك.

#### مستوى المعرفة والاهتمام بموضوع هذا البحث

أخيراً، من الجدير بالذكر أن معظم المشاركين كانوا حريصين على تبادل المعرفة حول هذا الموضوع والوضع الحالي في أماكن عملهم.

كما ذكرنا أعلاه آراؤهم متوافقة مع المعلومات المؤكدة في دراسات سابقة، ومع ذلك فإن بعض المشاركين لم يكن لديهم فكرة واضحة بشأن ما هي لغات التمريض حقاً أو ما هي وظائفها وتطبيقاتها.

أعرب جميع المشاركين عن حالة من الإحباط تجاه الوضع الراهن في أماكن عملهم، وأعربوا عن تقديره لهذا النوع من البحوث التي قد تكشف عن المشاكل الموجودة وقد تقترح المداخلات الرامية إلى تحسين الوضع. من الملفت للنظر أن حتى المشاركين الذين لم يكونوا على بينة بالمشاكل المتعلقة باللغة والتواصل وعدم وجود عملية قياسية موحدة للرعاية التمريضية أظهروا أيضاً حالة من الإحباط على الرغم من عدم قدرتهم على ربطها بالأسباب التي تسببها.

#### الاستنتاجات:

- يؤكد المشاركون على ضرورة تعديل وتكييف لغات التمريض.
- نسخة معدلة من لغات التمريض تحسن من جودة الرعاية التمريضية ومن سجلات التمريض.
- يمكن لنسخة من لغات التمريض باللغة العربية أن تحسن الفهم والتواصل والتوثيق.
- مستوى اللغة الإنجليزية للممرضات ونقص المصطلحات الطبية باللغة العربية يجعل من الصعب التواصل بشكل فعال مع المرضى.
- التأكيد على ضرورة وجود سجل موحد محوسب يعتمد على لغات التمريض.
- يتطلب تغيير الوضع الحالي اهتمام قادة المهنة في الدول العربية ورغبتهم في التغيير.
- معظم خيارات المشاركين كانت لصالح الأتيك.
- موضوع البحث أثار اهتمام المشاركين

#### ٢.١.٣.٨. طريقة ديلفي:

طريقة ديلفي هي طريقة بحث نوعية تستخدم على نطاق واسع للحصول على إجماع مجموعة من الخبراء حول موضوع بحثي، ينصح باستخدامها بشدة بموضوعات البحث التي لم يتم تناولها سابقاً وتلك التي تفتقر إلى الدعم من قبل دراسات سابقة وعند البحث عن رأي ذاتي حول قضية موضوعية. ووفقاً لنستوني وتورف فهي "طريقة هيكلية عملية الاتصال الجماعي الذي يعتبر فعال في السماح لمجموعة من الأفراد ككل بمعالجة مشكلة معقدة". (١٧٢)

هذه الطريقة هي عملية مستمرة حتى يتم الحصول على إجماع موثوق به لمجموعة من الخبراء باستخدام استبيانات تكرارية لتأكيد فرضية أو لتطوير إطار مرجعي محدد. (١٧٣)

تم إنشاء طريقة ديلفي في الولايات المتحدة في الخمسينات من قبل مؤسسة البحث والتطوير (راند)، ومنذ ذلك الحين تم تطبيقها في العديد من المشاريع البحثية.

في مجال بحوث التمريض تم استخدامها في العديد من الدراسات، مثل مكينة (١٩٩٤)، بيتش (١٩٩٧)، جيبسون (١٩٩٨)، جرين (١٩٩٩). (١٧٤)

اسمها "ديلفي" هو اسم مكان في اليونان حيث يوجد معبد أبولو، الذي اعتادوا على زيارته الكثير من الناس من جميع المستويات لاستشارة النبي بيثو "أوراكل دلفي"، نظراً لمهمته المتمثلة في تشكيل الأحداث المستقبلية. (١٧٣)

#### المرحلة التحضيرية:

##### - اختيار لجنة الخبراء

العدد: لا يوجد اتفاق على العدد الصحيح من الخبراء، تؤكد الدراسات أن عدد الخبراء يعتمد على موضوع البحث وعدد وجهات النظر الموجودة حول هذا الموضوع والموارد المادية المتاحة ومستوى معرفة الخبراء حول هذا الموضوع. الأعداد المقترحة من قبل الخبراء تتراوح ما بين ال ٧ وال ٣٠. (١٧٦، ١٧٥)

نظراً للقيود الجغرافية وحالة الحرب في العديد من الدول العربية والنطاق الواسع للدول المشمولة في الدراسة، فقد حاولنا الحصول على أقصى عدد من المشاركين في الجولة الأولى من الاستبيان لضمان عدد مناسب وكافي من الخبراء بعد حالات التخلي الممكنة في الجولة الثانية.

تم إغلاق الجولة الأولى ب ٧٦ استبياناً والثانية ب ٢٩.

نحن نعتبر أن العدد النهائي عينة كافية لتأكيد التوافق حول موضوع البحث في هذه الدراسة.

الجودة (معايير الاشتغال): ممرضات وممرضون عرب أصليون يعملون في جهاز صحي أو تعليمي أو بحثي في بلد عربي.

تصميم الأداة (استبيان): بعد إجراء المقابلات المتعمقة، قمنا بالتخطيط لجولتين من الاستبيان، معتقدين أنهما قد يكونا كافيتين لتحقيق الإجماع مع إمكانية تعديل هذا التخطيط وفقًا لنتائج الجولة الثانية.

تم تطوير استبيان الجولة الأولى بناءً على نتائج المقابلات.

تم تطوير الاستبيان للجولة الثانية بناءً على نتائج الجولة الأولى.

في كلتا الجولتين، استخدمنا أداة استبيان مونكي عبر الإنترنت لإنشاء الاستبيان وإطلاقها كرابط مباشر، وفي المرحلة اللاحقة حفظ النتائج وتحليلها.

#### المرحلة التجريبية (العملية):

لتنفيذ هذه المرحلة، اتبعنا الخطوات التالية:

١ - إعداد الاستبيان للجولة الأولى.

٢ - إبلاغ الخبراء وإطلاق الاستبيان الأول.

٣ - الحصول على نتائج الجولة الأولى وإجراء تحليل مبدئي للنتائج لاستخدامها في تطوير استبيان الجولة الثانية.

٤ - تحضير استبيان الجولة الثانية.

٥ - إطلاق الاستبيان الخاص بالجولة الثانية.

٦ - تسجيل البيانات

كان موضوع البحث جديدًا ومثيرًا للاهتمام جدًا للمشاركين في المقابلات، واعتبروا أنه مفيد جدًا للتخطيط لسجل ترميزي موحد ودقيق للغاية.

كان هذا التأكيد من الأشخاص الذين تمت مقابلتهم بمثابة دعم قوي لمواصلة هذا العمل والانتقال إلى المرحلة التالية.

#### استبيان الجولة الأولى

تم تطوير الاستبيان بناءً على النتائج التالية للمقابلات:

- الحاجة إلى تعديل وتكييف موارد التمريض الدولية المرجعية لتحسين جودة الرعاية التمريضية وسجلات التمريض.

- حقيقة أن الناندا غير مناسبة أو غير قابلة للتطبيق، فهي تحتاج إلى تعديل، خاصة المداخلات التمريضية.



- مستوى اللغة الإنجليزية للممرضات ونقص المصطلحات الطبية باللغة العربية لا يسهل التواصل الفعال مع المرضى.
- ضرورة وجود سجل موحد محوسب يعتمد على لغات التمريض.
- الناندا، نيك ونوك هي لغة التمريض المستخدمة، ولكن استخدامها غير موحد أو رسمي.
- هناك مشاكل خطيرة في التوثيق مرتبطة بعدم الفهم الكامل للغات التمريضية.
- إن استخدام الناندا صعب، فهو عام جداً ولا يغطي مجالات محددة ويستهلك الكثير من الوقت.
- لا تعكس الوثائق التي تستند إلى الناندا العمل الحقيقي للممرضات.
- لا توجد نسخة من الناندا باللغة العربية.
- نسخة من الناندا باللغة العربية ضرورية جداً.
- نسخة من الناندا باللغة العربية هي أسهل للفهم، وستسهل التواصل مع المرضى وتسجيل الملاحظات التمريضية وستسمح بوجود سجل أكثر دقة وخطة رعاية شاملة.
- معظم سجلات التمريض هي سجلات يدوية.
- تعتبر ملاحظات التمريض أدلة صالحة في المحاكمات، على الرغم من أن المشاركين يعتقدون أنه لا يمكن الاعتماد عليها لأنها في معظم الحالات لا تعكس الواقع بسبب نقص في تسجيل المعلومات والتفاعلات.
- لغة التواصل مع المرضى هي اللغة العربية مختلطة مع اللغة الإنجليزية للمصطلحات الطبية.
- لغة سجلات التمريض هي الإنجليزية، والعربية تستخدم للكلمات الدقيقة للمريض وتقارير الحوادث.
- مستوى اللغة الإنجليزية للممرضات منخفض للغاية.
- هناك فجوة في التواصل والتوثيق باللغة الخطورة بسبب عدم وجود مصطلحات طبية باللغة العربية ونقص الموارد ومصادر المعلومات باللغة العربية.
- خيارات المشاركين فيما يتعلق بتعريفات تشخيصات الدراسة ومداخلات التمريض المرتبطة بهذه التشخيصات كانت لصالح الأتيك.

في ضوء ما سبق، قمنا بإنشاء المخطط العام التالي لأسئلة الاستبيان:

١. بيانات المشارك

- البلد
- العمر
- الجنس
- سنوات من الخبرة
- مكان العمل الحالي
- نطاق العمل
- عنوان البريد الإلكتروني
- الاسم (اختياري)

٢. لغات التمرّيز

- استخدام لغات التمرّيز
- مدى فاعلية اللغات المستخدمة
- لغات التمرّيز وتكيفها مع الاحتياجات الثقافية
- لغات التمرّيز واللغة الأم (العربية)

٣. لغة التواصل والتوثيق

- لغة التواصل
- لغة التوثيق
- لغة الدراسة في كليات التمرّيز
- مستوى اللغة الثانية المستخدمة
- الفجوات المحتملة الناجمة عن اللغات المستخدمة

٤. السجل التمرّيزي

- نوع السجل
- فعالية السجل

##### ٥. تشخيصات التمريض موضوع البحث

- الترجمة الصحيحة إلى العربية

- التعريف الأكثر اكتمالاً بين لغتين تمريضيتين

- المداخلات التمريضية المرتبطة بتشخيصات البحث

تشكل الاستبيان من ٥٩ سؤالاً و ٨ صفحات، وقدرت الحاجة ل ٢٠-٣٠ دقيقة لملئه.

تم ترك مساحة بعد كل سؤال وفي نهاية كل قسم أو فئة وفي نهاية الاستبيان للتعليقات العامة، وهذا هو السبب في أن

العدد النهائي للأسئلة ٥٩ سؤالاً حيث تحتسب الأداة المستخدمة مساحة التعليق المتروكة كسؤال.

استناداً إلى المعلومات التي تم الحصول عليها في المقابلات التي تؤكد أن اللغة الإنجليزية هي اللغة الرئيسية للدراسات فقد تم تقديم جميع الأسئلة باللغتين العربية والإنجليزية باستثناء البيانات الشخصية، وذلك لتجنب الارتباك وسوء الفهم.

تم إطلاق الاستبيان في ٢٨ فبراير ٢٠١٨ وأغلق في ٨ أبريل، على الرغم من أنه كان من المقرر إغلاقه في ١٠

أيام وبناء على طلب بعض المشاركين قررنا إعطاء المزيد من الوقت.

##### التحليل الأساسي لنتائج الجولة الأولى

تهدف هذه المرحلة إلى استخلاص النتائج الأولية لاستخدامها في إعداد استبيان الجولة الثانية.

١. جميع الإجابات بمجموع أكثر من ٧٠٪ اعتبرت توافق آراء:

- لغة التمريض المستخدمة في مكان عملي: ناندا، نيك ونوك بنسبة ٧٧،٦٣٪.

- لغة تمريضية متكيفة مع العالم العربي من شأنها تحسين نوعية الرعاية التمريضية: موافق تماماً ٤٧،٣٧٪، موافق ٤٢،١١٪، بمجموع ٨٩،٤٨٪.

- نسخة من لغات التمريض باللغة العربية من شأنها تحسين فهم تلك اللغة وتسهيل تطبيقها: موافق تماماً ٣٢،٨٩٪، موافق ٤٩،٧٩٪، بمجموع ٨٢،٦٨٪.

- لغة التواصل مع المريض في مكان عملي هي العربية: دائماً ٥٢،٦٣٪، تقريباً دائماً ٤٢،١١٪، بمجموع ٩٤،٧٤٪.

- اللغة المستخدمة في سجلات التمريض هي: اللغة الإنجليزية بنسبة ٩٠،٧٩٪.

- اللغة الرئيسية للدراسة في كليات التمريض في بلدي هي: الإنجليزية بنسبة ٩٢،١١٪.

- سجل التمريض في مكان عملي سهل الإدارة: موافق تماماً ١٩،٧٤٪، موافق ٥٣،٩٥٪، بمجموع ٧٣،٦٩٪.

- يعتبر السجل التمريضي في بلدي دليلاً قانونياً في المحاكمات: موافق تماماً ٣٨،١٦٪، موافق ٣٥،٥٣٪، بمجموع ٧٣،٦٩٪.

- هذا التعريف لليأس صحيح وكامل: موافق تماماً ١٤،٤٧٪، موافق ٦٧،١١٪، بمجموع ٨١،٥٨٪.

- هذا التعريف للمعاناة الروحية صحيح وكامل: موافق تماماً ١٤،٤٧٪، موافق ٦٥،٧٩٪، بمجموع ٨٠،٢٦٪.

٢- جميع الإجابات على الأسئلة الاستكشافية التي لا تحتاج إلى توافق في الآراء تم تسجيلها ومراجعتها:

- بيانات المشارك

- مستوى اللغة الثانية للممرضات والممرضين: أعلى نسبة كانت للمستوى المتوسط بنسبة ٤٣،٤٢٪، يليها المستوى العالي بنسبة ٣٠،٢٦٪.

- نوع سجلات التمريض: ٣٥،٥٣٪ يدوي، ٥٦،٥٨٪ محوسب و ٧،٨٩٪ مختلط.

- الترجمة الصحيحة للـ spiritual suffering هي: المعاناة الروحية بنسبة ٩٣،٤٢٪.

- الترجمة الصحيحة للـ hopelessness هي: فقدان الأمل بنسبة ٦١،٨٤٪، واليأس بنسبة ٣٨،١٦٪.

٣- الأسئلة التالية هي التي افتقرت إلى الإجماع وكونت جزءاً من استبيان الجولة الثانية:

- "نستخدم لغات التمريض كأداة لتطبيق عملية التمريض".

- "اللغة التمريضية المستخدمة في مكان العمل مفهومة وسهلة التطبيق (أفهم محتويات هذه اللغة تماماً،

وأجد أنه من السهل ربطها بنشاطاتي التمريضية اليومية وبالسجل التمريضي)".

- "اللغة التمريضية المستخدمة في مكان عملي متألّمة مع الاحتياجات الثقافية للمرضى العرب (تأخذ بعين

الاعتبار الاحتياجات الخاصة للثقافة العربية، بما في ذلك الطقوس الدينية والاجتماعية والقيم والمفاهيم

والمنظور السائد حول الصحة والمرض)".

- "استخدام لغة غير اللغة الأم يخلق فجوات في التواصل مع المرضى وفي السجلات التمريضية (التعامل

مع مرضى ناطقون بالعربية واستخدام اللغة الإنجليزية أو الفرنسية للتعبير عن المصطلحات الطبية وفي

السجلات يمكن أن يسبب مشاكل في الفهم وفي دقة السجلات)".

- "إن السجل التمريضي في مكان عملي يعكس تماماً الواقع السريري اليومي للممرضات والممرضين

(يسمح لي بتسجيل جميع أنشطة التمريض)".

- "الترجمة الصحيحة للـ Grief إلى اللغة العربية هي". تم تكرير هذا السؤال في الجولة الثانية بسبب الإجماع بنسبة ٧١,٠٥٪ في الجولة الأولى على أن الترجمة الصحيحة هي الحزن، وبالتالي اعتقدنا أنه سيكون من الجيد إعطاء فرصة أخرى نظرا للالتباس في تفسير هذا المفهوم.
  - "هذا التعريف للـ Grief صحيح وكامل".
  - اختر على مقياس من ١-٥ الدرجة التي تعتبر كل مداخلة من هذه المداخلات المرتبطة بالأسى وفقدان الأمل أساسية.
  - اختر على مقياس من ١-٥ الدرجة التي تعتبر كل من هذه المداخلات ذات الصلة بالمعاناة الروحية أساسية.
- لقد قررنا تغيير طريقة طرح السؤالين الأخيرين لأننا نشك في أنه في الجولة الأولى لم يولوا اهتماما كافيا لكل تدخل والنتائج لم تكن كافية للقيام بتقييم سليم.
- التحضير لاستبيان الجولة الثانية:
- تشكل الاستبيان الثاني من ١١ سؤال و ١٧ صفحة.
- لقد طلبنا عنوان البريد الإلكتروني لكي نتمكن من ربط إجابات المشاركين في الجولة الأولى بإجاباتهم في الجولة الثانية ولكي نكون قادرين على إبلاغهم بنتيجة الجولة الثانية.
- تركنا خيار ترك الاسم كموافقة على نشره في قائمة الشكر للمشاركين.
- تم إرسال هذا الاستبيان عبر البريد الإلكتروني إلى جميع المشاركين في الجولة الأولى.
- تم إطلاقه في ١٤ مايو وأغلقه في ١٦ يونيو بسبب المشاركة القليلة، حيث أرسل رسالتي تذكير تاركين مسافات أسبوع ما بينهما.
- المرحلة التفسيرية
- تقرير النتائج
  - تحليل وتفسير ومناقشة النتائج
  - الاستنتاجات
- تهدف هذه المرحلة إلى استخلاص النتائج الإحصائية النهائية وإعدادها للتحليل والمناقشة التي يمكن من خلالها الوصول إلى نتائج هذا البحث
- طريقة التحليل الإحصائي: استخدمنا أوراق إكسيل والجداول المتقاطعة لإدخال البيانات والتحليل الإحصائي.

## ٩. النتائج

---

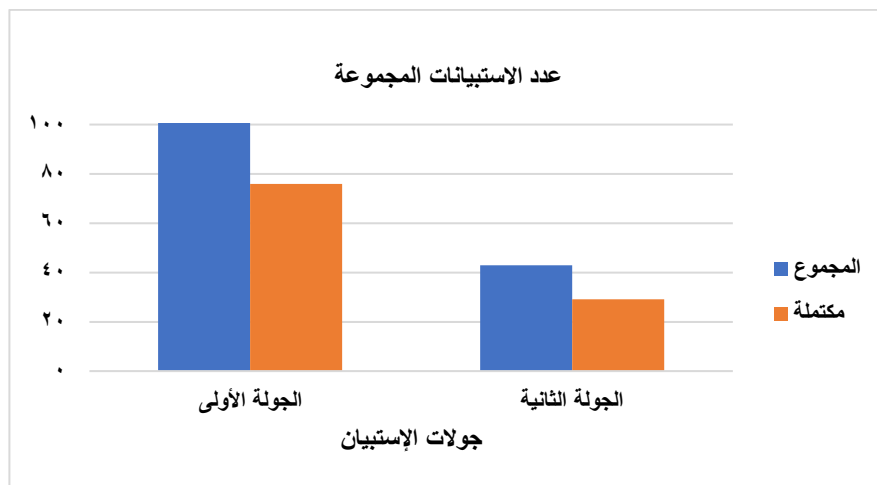


## النتائج:

### أداة البحث والعينة

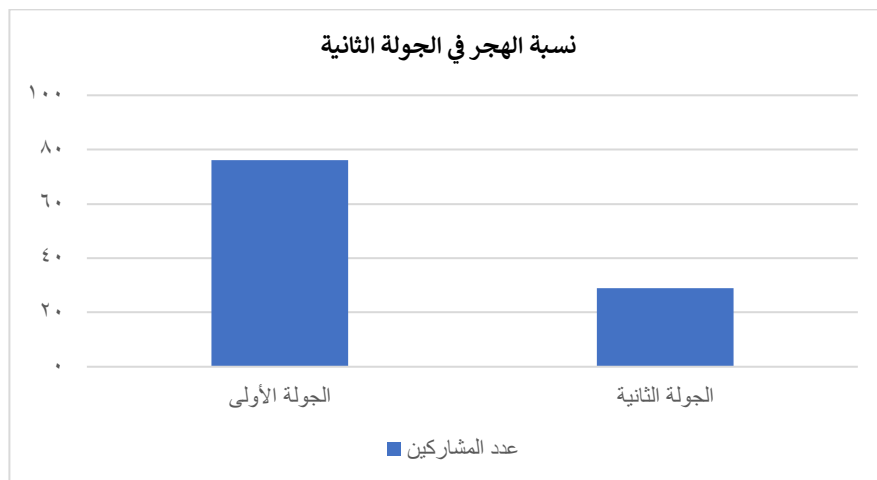
تم إغلاق الجولة الأولى من الاستبيان ب ١٣٧ استبياناً، منها ٧٦ مكتملة، بمشاركة كاملة تشكل ٥٥،٤٧٪، تم إرسال استبيان الجولة الثانية إلى ال ٧٦ مشاركاً في الجولة الأولى، ومنهم تلقينا ٤٣ استبياناً، منها فقط ٢٩ مكتملاً، بمشاركة كاملة تشكل ٦٧،٤٤٪. (الشكل ٤)

**الشكل (٤):** عدد الاستبيانات المجموعة



بلغت نسبة التخلي من إجمالي ال ٧٦ مشاركاً في الجولة الأولى ٦٢٪. (الشكل ٥)

**الشكل (٥):** نسبة الهجر في الجولة الثانية





تعتبر العينة في كل من الجولتين الأولى والثانية كافية وفقاً للدراسات المنشورة حول طريقة دلفي حيث لا يوجد عدد محدد صحيح لفريق الخبراء ويعتمد ذلك على أهداف الدراسة ووسائل الباحث للحصول على المشاركين. يوصى بأن يكون عدد الخبراء من ٧ إلى ٣٠. (١٧٦،١٧٥)

#### معلومات المشاركين:

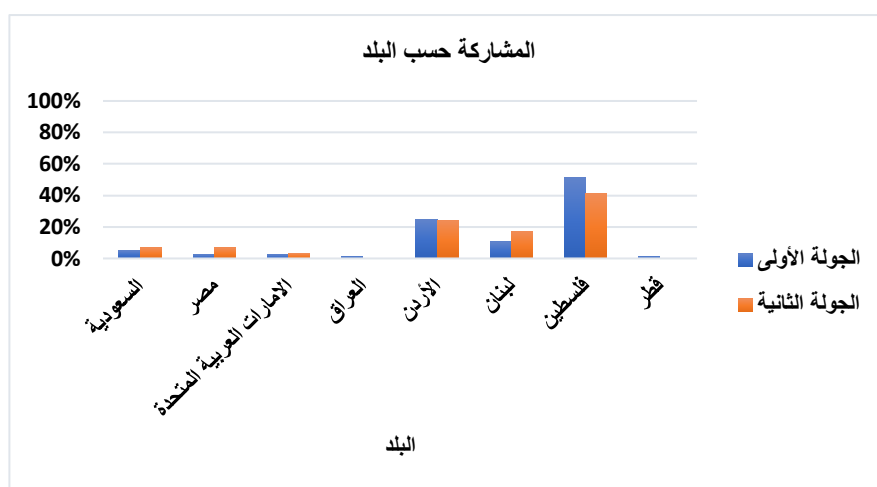
بالنسبة للبلد فقد كان المشاركون من السعودية ومصر والإمارات والعراق والأردن ولبنان وفلسطين وقطر.

المشاركون من قطر والعراق تخلو عن المشاركة في الجولة الثانية.

في الجولة الأولى كان ما نسبته ٥١،٣٢٪ من فلسطين وما نسبته ٢٥٪ من الأردن. في الجولة الثانية ٤١،٣٨٪

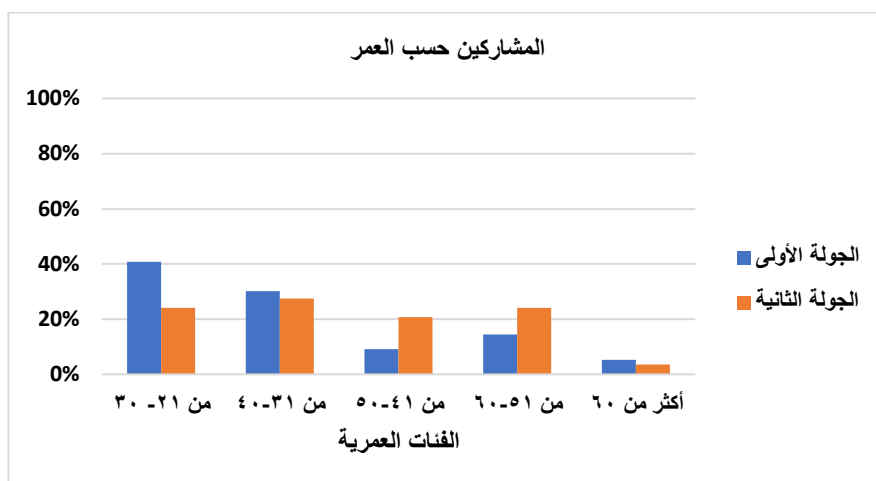
كانوا من فلسطين، ٢٤٪ من الأردن و ١٧،٢٤٪ من لبنان. (الشكل ٦)

#### الشكل (٦): المشاركة حسب البلد



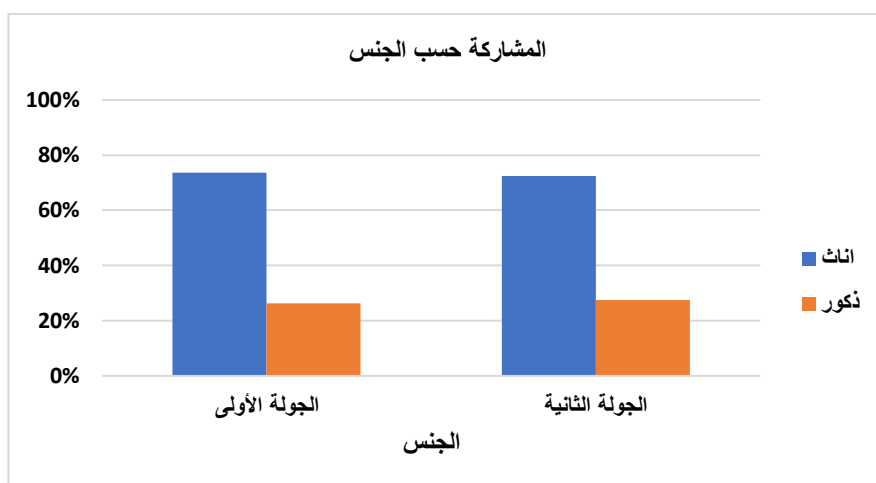
٧١،١٪ من المشاركين في الجولة الأولى تراوحت أعمارهم بين ٢١ و ٤٠ عاماً، وفي الجولة الثانية لم يكن هناك فرق كبير بين فئة عمرية وأخرى، باستثناء المجموعة العمرية التي تزيد عن ٦٠ عاماً حيث شكلت مشاركتها نسبة ٣،٤٥٪ وهي نسبة المشاركة الأدنى، وهو أمر طبيعي كون نسبة مشاركة هذه الفئة العمرية في الجولة الأولى كانت فقط ٥،٢٦٪. (الشكل ٧)

**الشكل (٧): المشاركة حسب العمر**



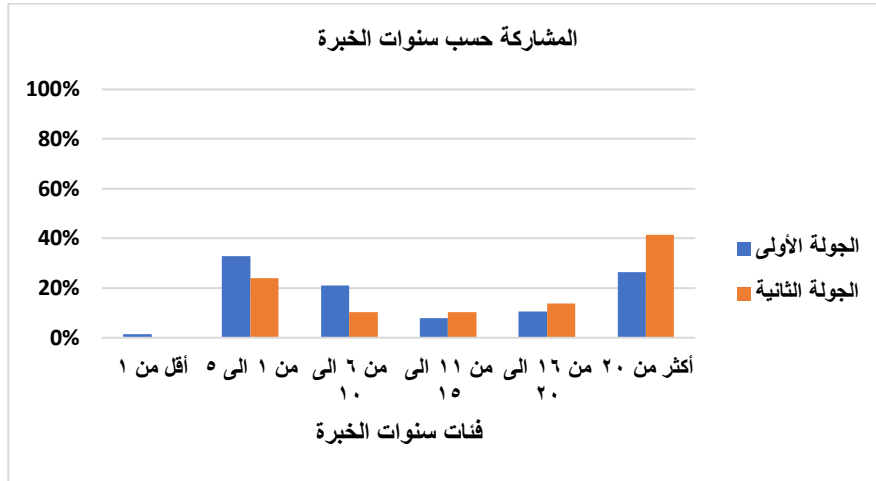
٧٣،٦٨٪ من المشاركين في الجولة الأولى و ٧٢،٤١٪ في الجولة الثانية كانوا نساءً. (الشكل ٨)

**الشكل (٨): المشاركة حسب الجنس**



بالنسبة لسنوات الخبرة، كان ٥٣،٩٤٪ من المشاركين في الجولة الأولى لديهم خبرة تتراوح بين ١ و ١٠ سنوات، و ٣٦،٨٥٪ أكثر من ١٦ سنة. في الجولة الثانية، ٢٣،٣٤٪ كان لديهم ما بين ١ و ١٠ سنوات من الخبرة و ٥٥،١٧٪ كان لديهم أكثر من ١٦ عاماً. (الشكل ٩)

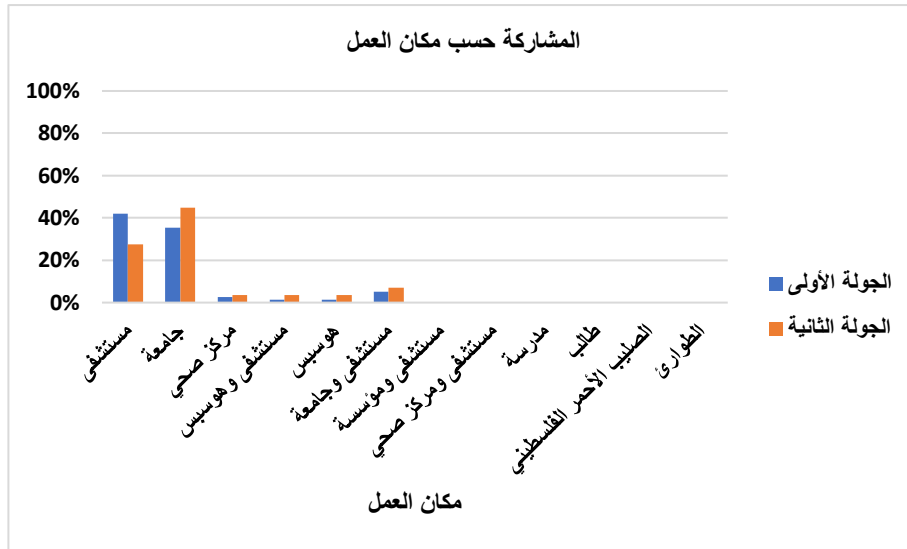
**الشكل (٩): المشاركة حسب سنوات الخبرة**



عمل المشاركون في الجولة الأولى بشكل رئيسي في المستشفيات والجامعات، بمشاركة نسبتها ٤٢,١١٪.

و ٣٥,٥٣٪ على التوالي، وفي الجولة الثانية بنسبة ٢٧,٥٩٪ و ٤٤,٨٣٪ على التوالي. الشكل (١٠)

**الشكل (١٠): المشاركة حسب مكان العمل**

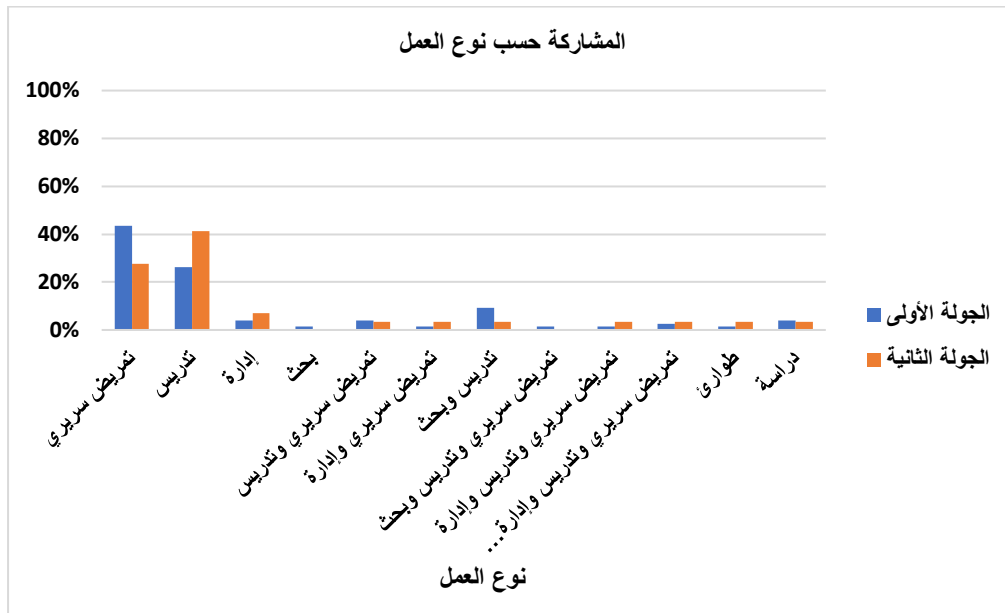


بالتوافق مع أماكن العمل التمريضية، احتل المشتركون بشكل أساسي مراكز عمل كمدرسين وكممرضين رعاية

سريرية؛ تمثل مراكز العمل في الرعاية التمريضية المباشرة في الجولة الأولى ما نسبته ٤٣,٤٢٪ وفي الثانية

٢٧,٥٩٪، والمناصب التعليمية ٢٦,٣٢٪ في الجولة الأولى و ٤١,٣٨٪ في الدورة الثانية. (الشكل ١١)

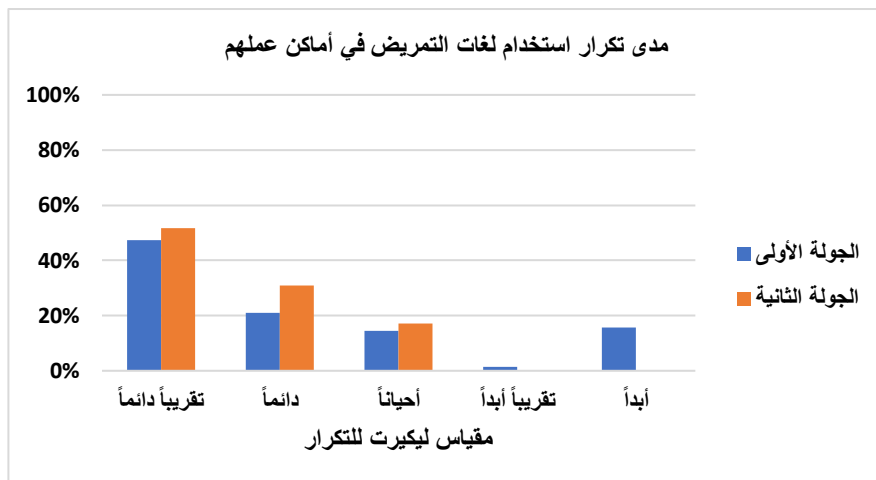
**الشكل (١١): المشاركة حسب طبيعة العمل**



#### لغات التمريض:

عندما سأل المشاركون عن مدى تكرار استخدام لغات التمريض في أماكن عملهم، أجاب ٦٨،٤٢٪ من المشاركين في الجولة الأولى بـ "دائماً" أو "تقريباً دائماً"، نظراً لأن النسبة أقل من ٧٠٪ وهي النسبة المحددة مسبقاً لاعتبار النتيجة إجماع آراء، تم تضمين هذا السؤال مرة أخرى في استبيان الجولة الثانية، حيث حققنا إجماعاً بنسبة ٨٢،٥٧٪ على دائماً وتقريباً دائماً. الشكل (١٢)

**الشكل (١٢): مدى تكرار استخدام لغات التمريض في أماكن عملهم**

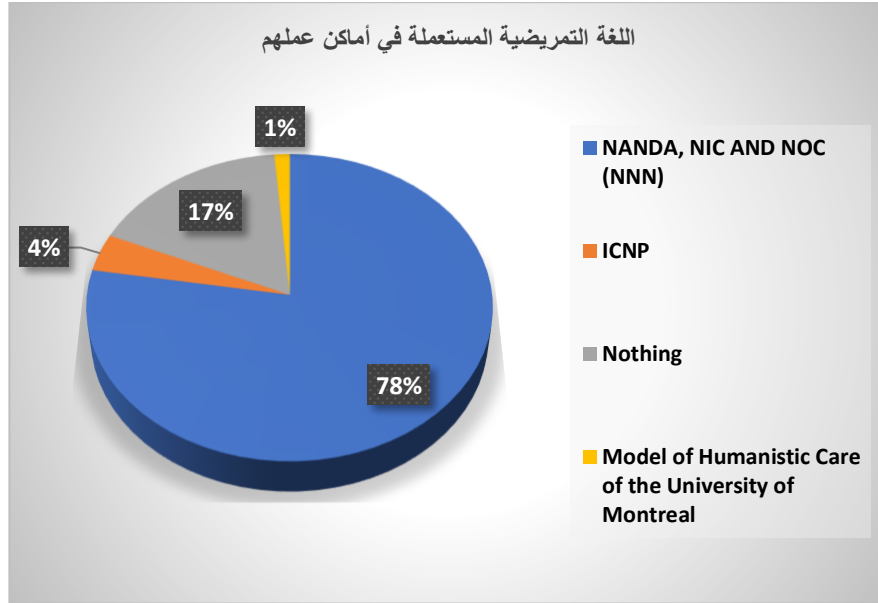


لغات التمريض المستخدمة في أماكن عمل المشاركين هي ناندا، نيك ونوك بنسبة ٧٧،٦٣٪، إسنب بنسبة ٣،٩٥٪

ونموذج الرعاية الإنسانية لجامعة مونتريال بنسبة ١،٣٢٪، و ١٧،١١٪ من المشاركين لا يستخدمون أي لغة

تمريض في مكان عملهم. الشكل (١٣)

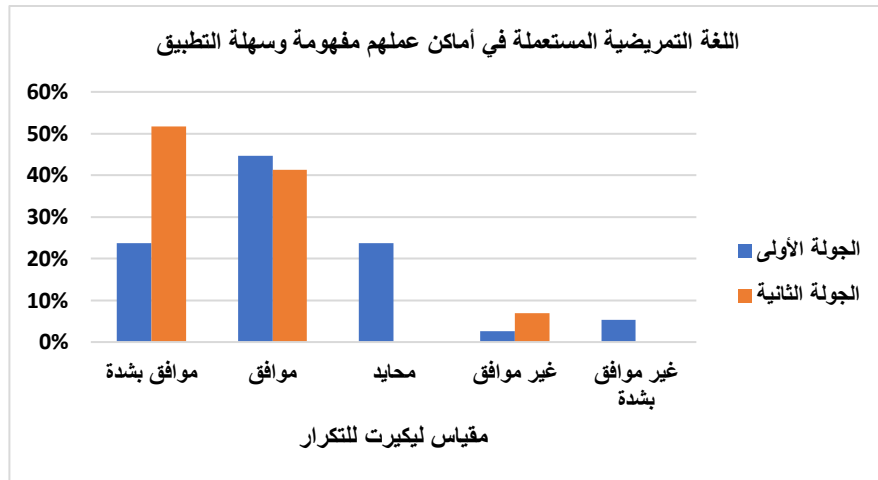
**الشكل (١٣): اللغة التمريضية المستعملة في أماكن عملهم**



فيما يتعلق بما إذا كانت لغة التمريض المستخدمة مفهومة وسهلة التطبيق، فإننا لم نحقق توافقاً في الجولة الأولى،

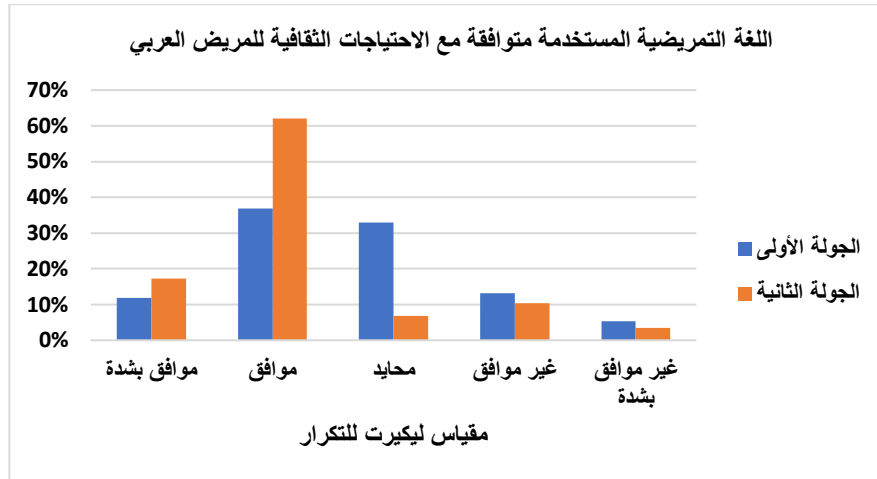
وكررنا السؤال في الجولة الثانية، وحققنا من خلاله إجماعاً بنسبة ٩٣،١٠٪ على أنها كذلك. الشكل (١٤)

**الشكل (١٤): ما إذا كانت اللغة التمريضية المستعملة في أماكن عملهم مفهومة وسهلة التطبيق**



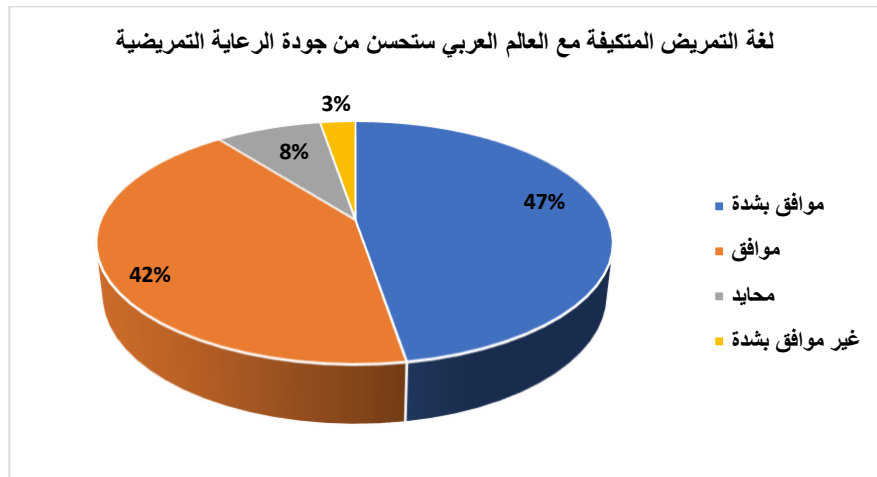
في السؤال إذا ما كانت اللغة التمريضية المستخدمة متوافقة مع الاحتياجات الثقافية للمريض العربي، فإننا لم نتوصل إلى توافق في الجولة الأولى. في الجولة الثانية أكد المشاركون أنهم مع "موافقون تمامًا" و "موافقون" بمجموع نسبته ٧٩,٣١٪. الشكل (١٥)

**الشكل (١٥):** ما إذا كانت اللغة التمريضية المستخدمة متوافقة مع الاحتياجات الثقافية للمريض العربي



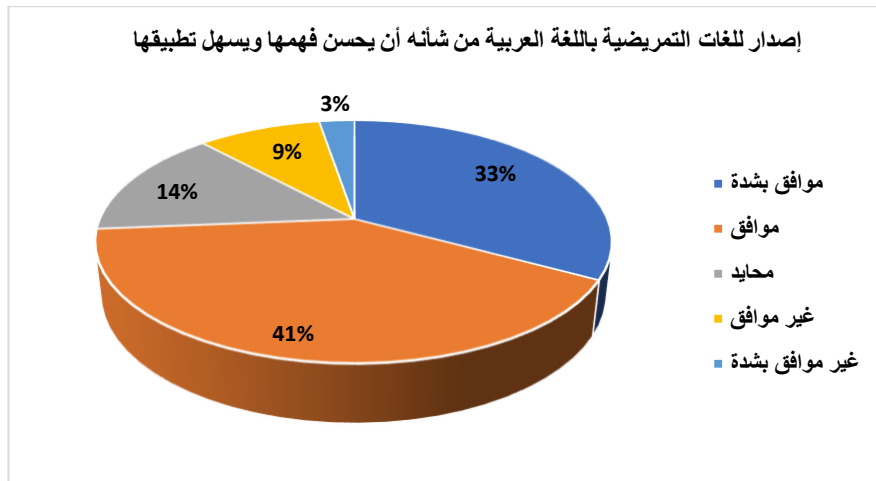
اتفق المشاركون على أن لغة التمريض المتكيفة مع العالم العربي ستحسن من جودة الرعاية التمريضية بإجماع ٨٩,٤٨٪. الشكل (١٦)

**الشكل (١٦):** ما إذا كانت لغة التمريض المتكيفة مع العالم العربي ستحسن من جودة الرعاية التمريضية



يوافق المشاركون على أن إصدار اللغات التمريضية باللغة العربية من شأنه أن يحسن فهمها ويسهل تطبيقها، وقد تحقق الإجماع في الجولة الأولى بنسبة ٧٣،٦٨ ٪. (الشكل ١٧)

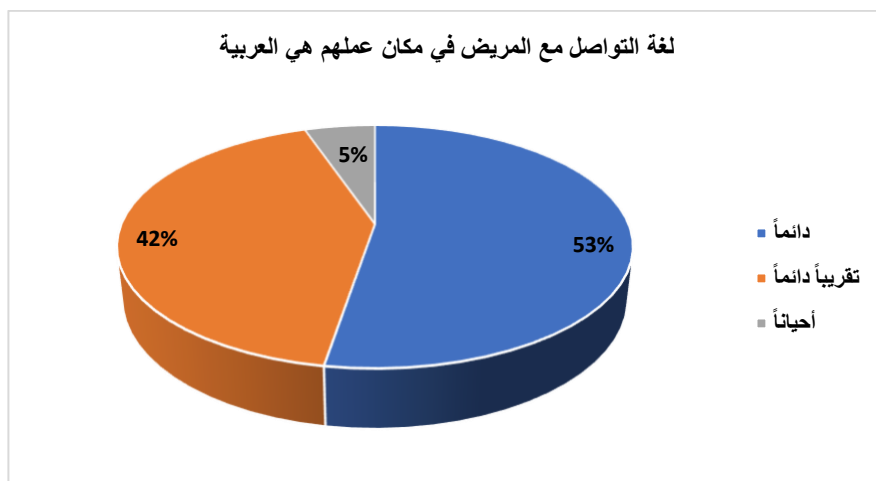
**الشكل (١٧):** إذا ما كان إصدار اللغات التمريضية باللغة العربية من شأنه أن يحسن فهمها ويسهل تطبيقها



لغة التواصل والتوثيق:

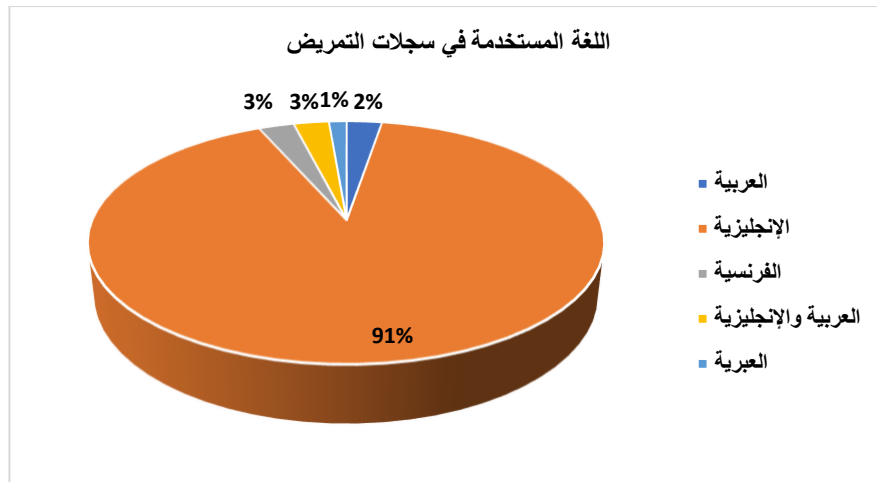
يؤكد المشاركون بإجماع نسبته ٩٤،٧٤ ٪ أن لغة التواصل مع المريض في مكان عملهم هي العربية. الشكل (١٨)

**الشكل (١٨):** تكرار استخدام اللغة العربية كلغة تواصل في أماكن عملهم



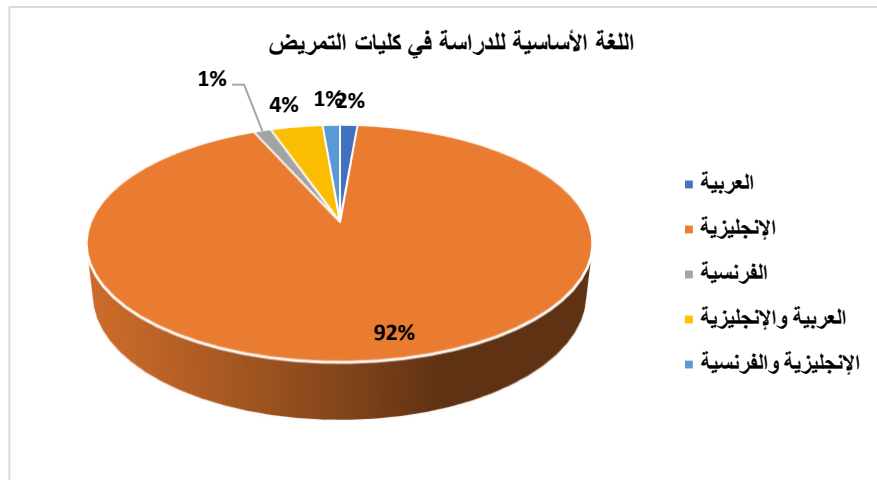
وفقا للمشاركين وبإجماع ٩٠،٧٩٪ فإن اللغة المستخدمة في سجلات التمريض هي اللغة الإنجليزية. الشكل (١٩)

**الشكل (١٩): اللغة المستخدمة في سجلات التمريض**



فيما يتعلق باللغة الأساسية للدراسة في كليات التمريض في بلدانهم، يؤكد المشاركون أنها اللغة الإنجليزية بإجماع نسبته ٩٢،١١٪. الشكل (٢٠)

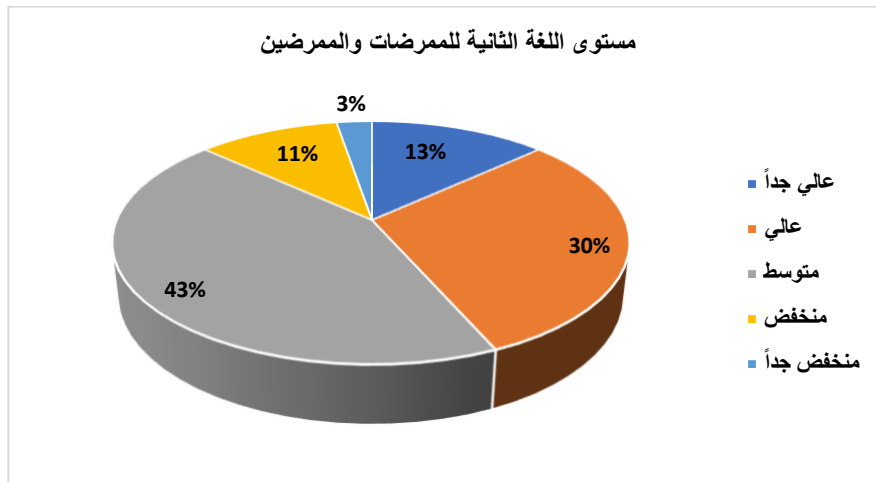
**الشكل (٢٠): لغة الدراسة في كليات التمريض**



مستوى اللغة الثانية للممرضات والممرضين حسب رأي المشاركين هو مستوى متوسط/عادي بنسبة ٤٣،٤٢٪، مرتفع بنسبة ٣٠،٢٦٪، مرتفع جداً بنسبة ١٣،١٦٪، منخفض بنسبة ١٠،٥٣٪ ومنخفض جداً بنسبة ٢،٦٣٪. على الرغم من عدم وجود إجماع في رأي المشاركين إلا أن هذا السؤال لم يتم تكراره في الاستبيان الثاني حيث أنه رأي ذاتي وتقييم شخصي من غير المتوقع أن يتغير عند تكراره. الشكل (٢١)

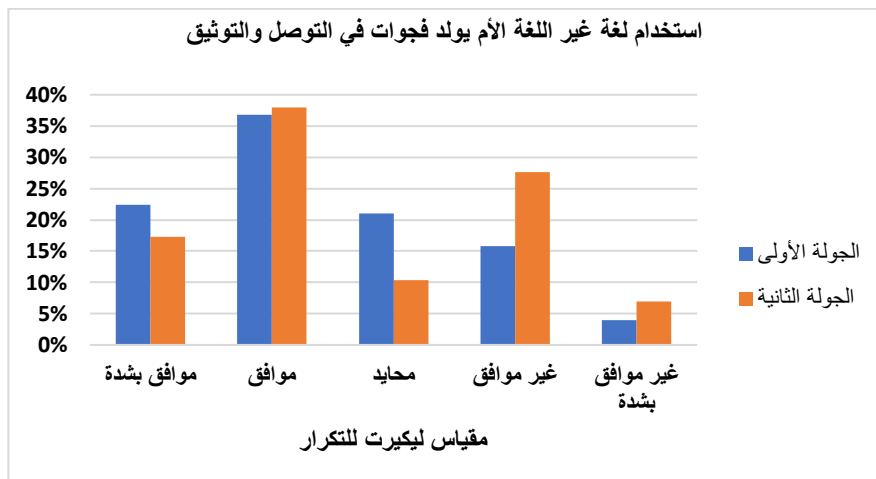


**الشكل (٢١): مستوى اللغة الثانية لدى الممرضين والممرضات**



رأي المشاركين حول ما إذا كان استخدام لغة غير اللغة الأم يولد فجوات في التواصل والتوثيق لم يتم الاتفاق عليه، ولكن مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذا الرأي في كل من الجولة الأولى والثانية يميل نحو الاتفاق بنسبة ٥٩،٢١ % في الجولة الأولى و ٥٥،١٧ % في الجولة الثانية ونسبة من عبروا عن رأي محايد هي ٢١،٠٥ % في الجولة الأولى و ١٠،٣٤ % في الثانية تعتبر أنه ليس من الضروري إطلاق جولة ثالثة. بالإضافة إلى ذلك، لدينا رأي مديري التمريض في المقابلات والتي تميل أيضاً إلى تأكيد التأثير السلبي لاستخدام لغة غير اللغة الأم في التواصل والتوثيق. الشكل (٢٢)

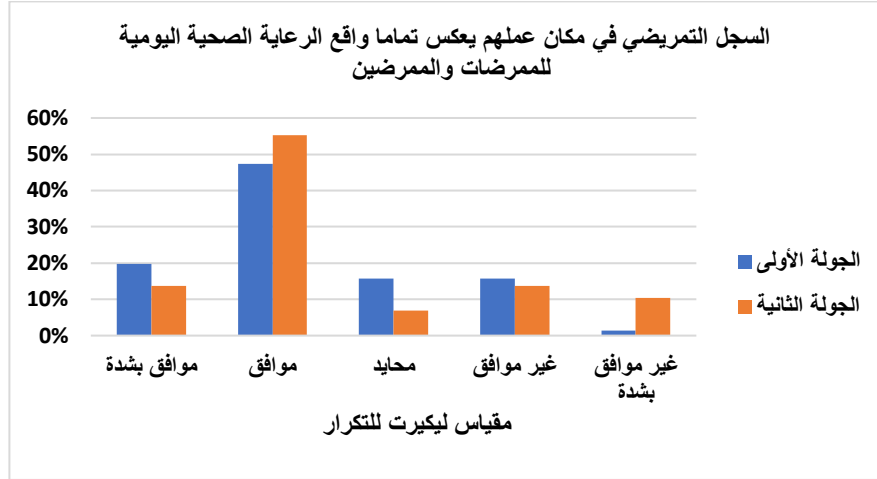
**الشكل (٢٢): إذا ما كان استخدام لغة غير اللغة الأم يولد فجوات في التواصل والتوثيق**



### سجل التمريض:

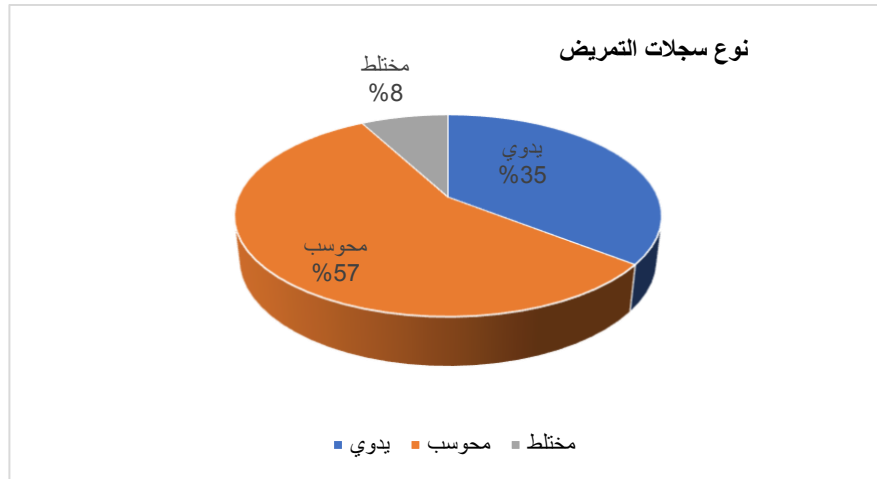
اتفق المشاركون على أن السجل التمريضي في مكان عملهم يعكس تماما واقع الرعاية الصحية اليومية للممرضات والممرضين. وقد تم التوصل إلى توافق في الجولة الثانية بنسبة ٦٩٪. الشكل (٢٣)

**الشكل (٢٣):** إذا ما كان السجل التمريضي في مكان عملهم يعكس تماما واقع الرعاية الصحية اليومية للممرضات والممرضين



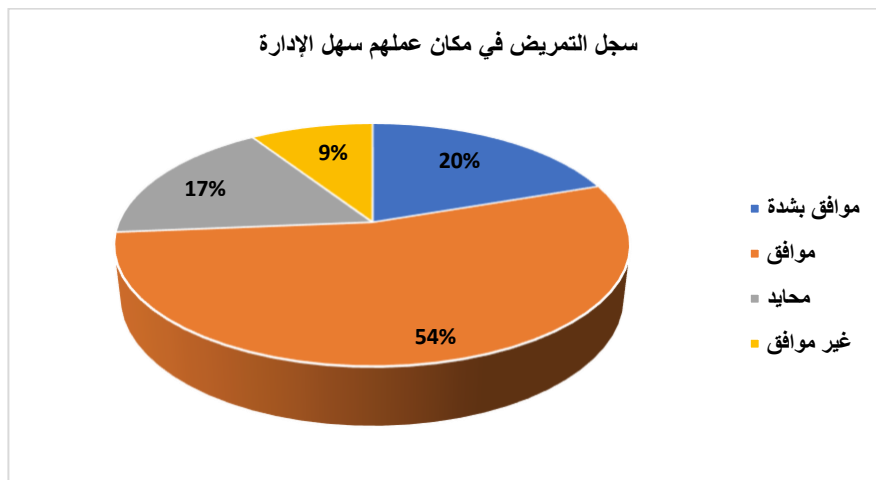
فيما يتعلق بنوع سجلات التمريض، نسبة ٥٦،٥٨٪ كانت سجلات محوسبة، و ٣٥،٥٣٪ يدوية و ٧،٨٩٪ مختلطة.

**(الشكل ٢٤):** نوع سجلات التمريض



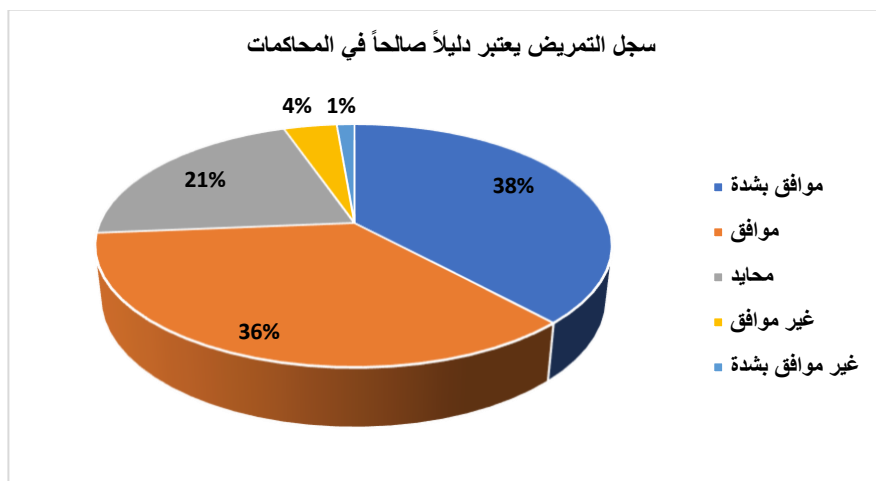
في الجولة الأولى حصلنا على إجماع من المشاركين أن سجل التمريض في مكان عملهم سهل الإدارة بنسبة ٧٣،٦٩٪. الشكل (٢٥)

**الشكل (٢٥):** ما إذا كان السجل التمريضي سهل الإدارة



عندما سئلوا عما إذا كان سجل التمريض يعتبر دليلاً صالحاً في المحاكمات، أكد ٧٣،٦٩٪ أنه كذلك، و ٢١،٠٥٪ لم يكونوا متأكدين واختاروا الحياد. الشكل (٢٦)

**الشكل (٢٦):** إذا ما كان سجل التمريض يعتبر دليلاً صالحاً في المحاكمات

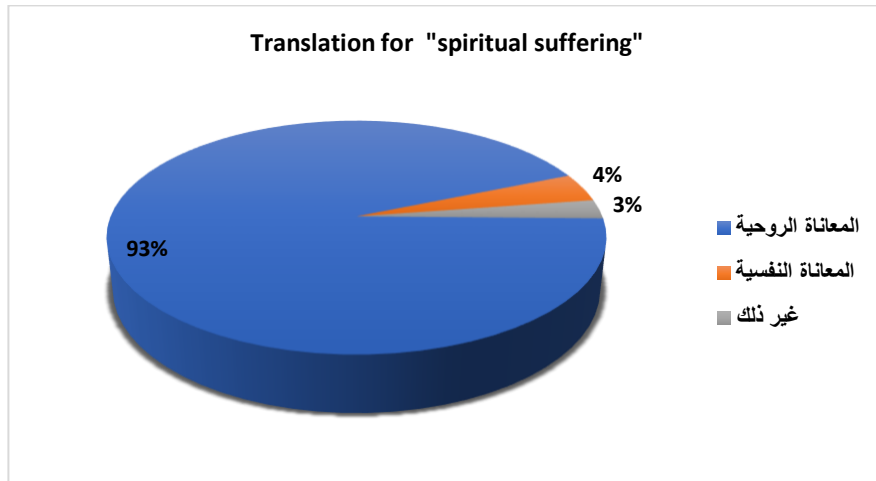


## التشخيصات التمريضية:

### “Spiritual suffering”

٩٣،٤٢ ٪ من المشاركين ترجموها إلى "المعاناة الروحية". نفس الكلمة التي اختارها مؤلفة هذا البحث. الشكل (٢٧)

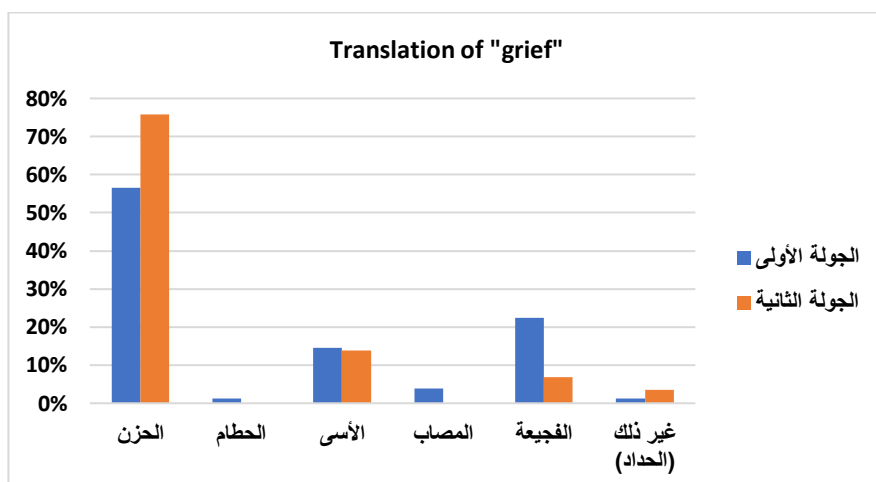
الشكل (٢٧): المعاناة الروحية



### “Grief”

لم نتوصل إلى إجماع في الجولة الأولى، وكانت أعلى نسبة لكلمة " الحزن ". في الجولة الثانية تم تأكيد ترجمة هذه الكلمة إلى الحزن بنسبة ٧٥،٨٦ ٪. الشكل (٢٨)

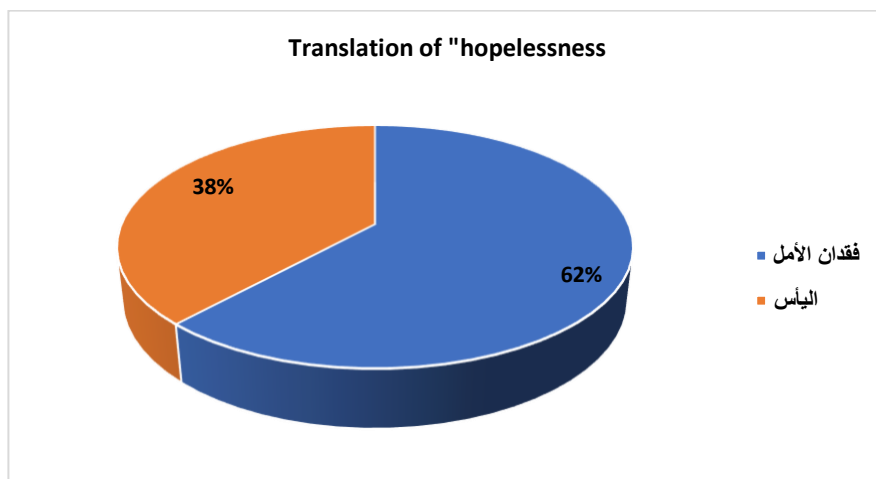
الشكل (٢٨):



## “Hopelessness”

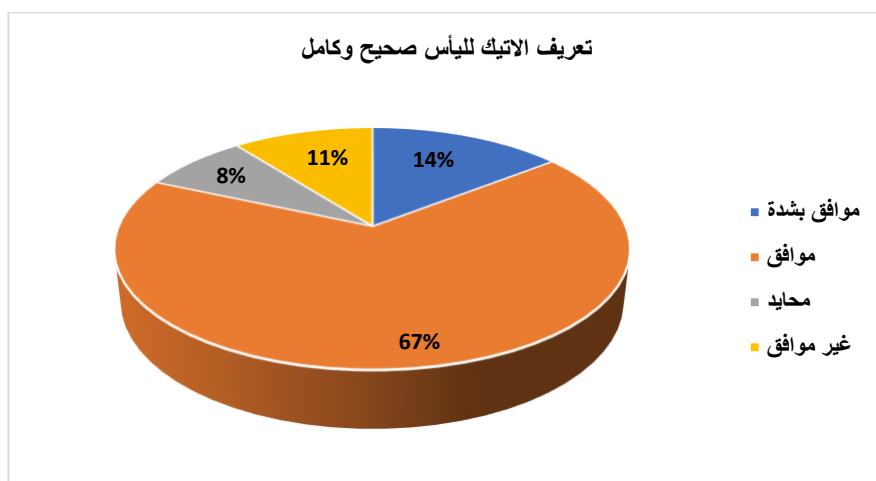
٦١،٨٤ ٪ من المشاركين ترجموها إلى "فقدان الأمل" و ٣٨،١٦ ٪ إلى "اليأس". الشكل (٢٩)

**الشكل (٢٩):** فقدان الأمل- اليأس



أكد ٨١،٥٨ ٪ من المشاركين في الجولة الأولى أن تعريف الأتيك لليأس صحيح وكامل. الشكل (٣٠)

**الشكل (٣٠):** تعريف الأتيك لليأس-فقدان الأمل

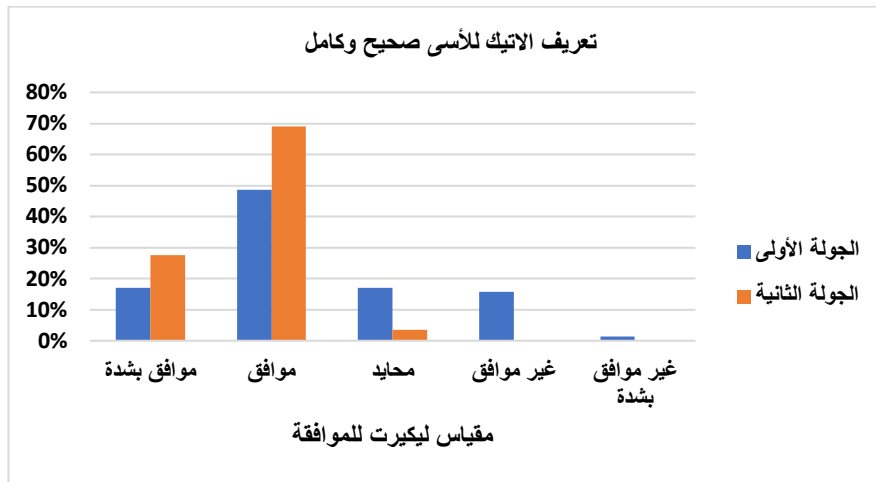


في الجولة الأولى لم نتوصل إلى إجماع حول تعريف الأسي، أولئك الذين اعتبروا التعريف صحيحا شكلوا ما نسبته

٦٥،٧٩ ٪، زاد هذا الرقم إلى ٩٦،٩٧ ٪ في الجولة الثانية مؤكدين أن تعريف الأتيك للأسي صحيح وكامل. الشكل

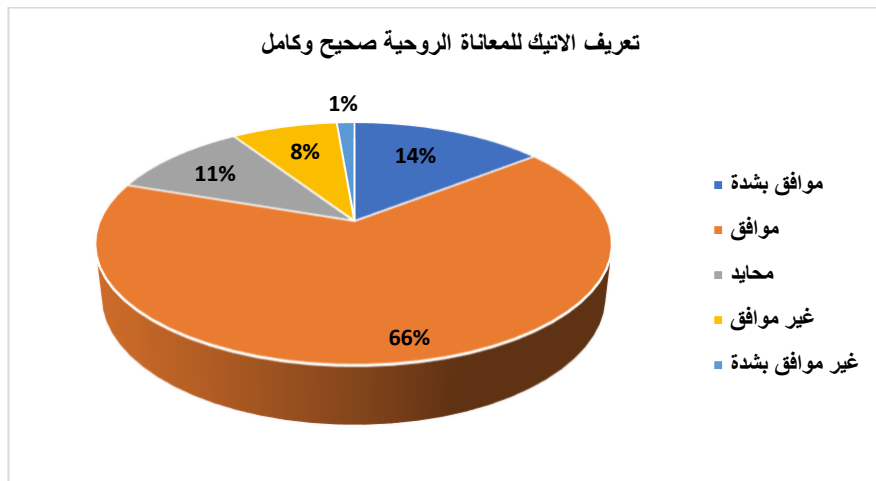
(٣١)

الشكل (٣١): تعريف الأتيك للأسى



أكد ٨٠،٢٦٪ من المشاركين في الجولة الأولى أن تعريف الأتيك للمعانة الروحية صحيح وكامل. الشكل (٣٢)

الشكل (٣٢): تعريف الأتيك للمعانة الروحية



فيما يتعلق باختبار جميع المداخلات التمريضية التي تعتبر ضرورية لرعاية مريض يعاني من الأسى و/ أو اليأس،

كان التوافق الوحيد الذي تم التوصل إليه في الجولة الأولى هو الاستماع الفعال.

في الجولة الثانية حققنا إجماعاً لجميع المداخلات باستثناء ١٠ مداخلات من إجمالي ٦٤ مداخلات.

أيضاً تمت الموافقة في الجولة الثانية على اثنتين من المداخلات الثلاثة التي أضافها المشاركون في الجولة الأولى.

فيما يتعلق باختبار جميع المداخلات التمريضية التي تعتبر ضرورية لرعاية مريض يعاني من المعانة الروحية،

كان التوافق الوحيد الذي تحقق في الجولة الأولى هو الاستماع الفعال.

في الجولة الثانية حققنا إجماعاً على جميع المداخلات باستثناء ٨ من إجمالي ٨٣ مداخلات.

وأيضاً تمت الموافقة في الجولة الثانية على المداخلات الثلاثة التي أضافها المشاركون في الجولة الأولى.



## ١٠ . التحليل والمناقشة

---





## التحليل والمناقشة:

### البيانات الاجتماعية والديموغرافية والمهنية

الدولة: في الجولة الأولى شكل المشاركون من فلسطين ما نسبته ٥١,٣٢٪ ومن الأردن ٢٥٪ ومن لبنان ١٠,٥٣٪ بمجموع ٨٦,٨٥٪. في الجولة الثانية ٤١,٣٨٪ من المشاركين كانوا من فلسطين (٣١٪ من المشاركين من فلسطين في الجولة الأولى)، ٢٤٪ من الأردن (٣٦٪ من المشاركين من الأردن في الجولة الأولى) و ١٧,٢٤٪ من لبنان (٦٣٪ من المشاركين من لبنان في الجولة الأولى).

ترجع هذه النتيجة إلى حقيقة أن الباحثة من أصل فلسطيني أردني ولها معارف أكثر في هذه الدول ولديها المزيد من الوسائل للاتصال بالمرضى هناك، ويرجع وجود لبنان في مكانه متقدمة إلى الاجتماع مع الممرضات اللبنايات في المؤتمر الدولي للتدريب في برشلونة في عام ٢٠١٧ عندما شاركت الباحثة بملصق حول هذا العمل البحثي. ملحق رقم (١٦)

نحن ندرك أن هذه النتيجة لا تسمح لنا بتعميم نتائج هذه الدراسة على جميع دول الشرق الأوسط، ولكننا نعتقد أنها توضح الواقع الحالي في المنطقة.

العمر: في الجولة الأولى، كان ٤٠,٧٩٪ من المشاركين من الفئة العمرية من ٢١ إلى ٣٠ عاماً و ٣٠,٢٦٪ من الفئة العمرية ٣١ إلى ٤٠ عاماً. في الجولة الثانية لم يلاحظ وجود ميل نحو فئة عمرية أو أخرى؛ ٢٧,٥٩٪ لديهم ما بين ٣١ و ٤٠ عاماً، ٢٤,١٤٪ ما بين ٢١ و ٣٠ و ٢٤,١٤٪ ما بين ٥١ و ٦٠ و ٢٠,٦٩٪ ما بين ٤١ و ٥٠ عاماً. أقل مشاركة كانت من أولئك الذين تجاوزوا الستين من العمر بنسبة ٣,٤٥٪ وهو مشارك واحد ذكر من فلسطين.

نعتقد أن النسبة العالية لمشاركة الشباب في الجولة الأولى ترجع إلى حقيقة أن معظم المشاركين كانوا على اتصال بالدكتورة التي بذلت جهداً لتعزيز المشاركة بين طلاب الماجستير والخريجين الجدد، وفي الجولة الثانية لم يشعروا بنفس الالتزام بالمشاركة. وفي الوقت نفسه، قد يرجع الاتجاه العام الملحوظ لمشاركة الشباب إلى انخفاض معدل المواصلات في ممارسة المهنة في المنطقة ومعدل الهجرة المرتفع للممرضات والممرضين الوطنيين في الأردن ولبنان وارتفاع معدل الوفيات بسبب حالة الحرب في فلسطين. (٥٥,٥٤,٣٣,٢٩)

الجنس: كان معظم المشاركين من الإناث، في الجولة الأولى شكلن ٧٣,٦٨٪ وفي الثانية ٧٢,٤١٪.

إن المشاركة العالية للإناث في هذا البحث تتماشى مع الدراسات المنشورة التي تؤكد أنه على الرغم من حقيقة أنه

في السنوات الأخيرة حدثت زيادة في عدد الممرضين الذكور إلا أن النساء ما زلن هن الجنس المهيمن على مهنة التمريض، وتعزو هذه الدراسات هذا الوضع بالصورة الاجتماعية لمهنة التمريض ووبربط دور الرعاية بالإناث.

في إسبانيا على سبيل المثال، يؤكد مقال نشر في عام ٢٠١٥ أن: "المجتمع التمريضي (النساء والرجال على حد سواء) لا يزال يواجه تحديات مهمة تتعلق بصورته، مما يؤثر على مكانتهم وقوتهم، ... "صورة سلبية وغير دقيقة أو مشوهة للتمريض لها سلسلة من العواقب والانعكاسات على عدد الشباب الذين يختارون التمريض كمهنة. وهذا مهم بشكل خاص في وقت اختيار الذكور لدراسة التمريض، حيث ركزت وسائل الإعلام بشكل أساسي على الإناث، في حين أن صورة الممرض الذكر غالباً ما يتم تجاهلها". "لقد كان الرجل أقلية وما زال في إسبانيا." (١٧٧)

وفقاً للمعهد الوطني الإسباني للإحصاء حول المهنيين الصحيين المسجلين في عام ٢٠١٢ فإنه "حالياً يبدو أن المهن الصحية في إسبانيا تغلب عليها الإناث"، "في سبعة من الأحد عشر مهنة صحية التي تم تحليلها في عام ٢٠١٢ كان هناك عدد الإناث أكبر من الذكور "و" واحدة من المجموعتين مع أدنى نسبة من الرجال كانت مهنة التمريض، بنسبة ١٥,٧ ٪ فقط من الذكور". (١٧٧)

تؤكد دراسة حللت نسب الممرضات والممرضين في الدول المتقدمة أن ٨ من أصل ١٠ هن ممرضات. (١٧٨)

فيما يتعلق بالوضع في الولايات المتحدة الأمريكية، يشير تقرير التعداد السكاني لعام ٢٠٠٦ إلى أن الرجال لا يصلون إلا إلى ٧٪ من إجمالي طاقم التمريض في البلاد. (١٧٩)

ويؤكد "مجلس التمريض والقبالة" في المملكة المتحدة، في تقريره ٢٠١٥-٢٠١٦ أن نسبة النساء إلى الرجال قد تناقصت وأن النساء يشكلن الآن ٦٤٪ والرجال ٣٦٪ مقارنة بالسنة السابقة (٧٨٪ من الممرضات و٢٢٪ من الممرضين). (١٨٠)

أما بالنسبة للدول العربية فهناك زيادة في مشاركة الذكور، لكن الأرقام لا تزال تؤكد هيمنة الإناث.

في الأردن على سبيل المثال يؤكد تقرير وزارة الصحة للعام ٢٠١٤ أن ٦٠٪ من طاقم التمريض من الإناث. (١٨١)

في التقرير السنوي "المرصد الوطني للموارد البشرية للصحة" لعام ٢٠١٦، الرقم مرتفع أكثر وتمثل النساء وفقاً للتقرير ٦٣,٨٠٪ من إجمالي العاملين في التمريض في البلاد. (١٨٢)

مثال آخر هو قطر ودول الخليج، حيث يؤكد مقال نشر في عام ٢٠١٢ أنه على الرغم من أن أول من عمل في التمريض في قطر كان رجلاً في عام ١٩٥٠، إلا أن القليل موثق حول مساهمة الرجال في المهنة اليوم، ولكن من المعروف أن نسبة صغيرة منهم تختار التمريض كمهنة بسبب عوامل اجتماعية وثقافية. (٤٢)

تؤكد نقابة التمريض اللبنانية في تحليل البيانات الخاصة بموظفي التمريض بين عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٤ على أن النساء تشكل ٨٠٪ من طاقم التمريض. (٥٥)

كاستثناء للاتجاه العالمي فإننا نبرز كمثال المملكة العربية السعودية، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن ٥٠٪ من الموظفين الوطنيين في البلاد هم من الذكور. (١٨٣) في حين أن هذا الرقم قد يكون علامة على التقدم المحرز في تطوير المهنة، فإن معرفتنا بطبيعة هذا البلد الثقافية والاجتماعية تدعونا للاعتقاد أن هذا الرقم قد لا يكون إلا مجرد مظهر آخر من مظاهر عدم المساواة بين الجنسين والقيود التي تواجهها المرأة السعودية. في فلسطين، نسبة النساء إلى الرجال في طاقم التمريض هي أيضا ٥٠/٥٠ وفقا لمصادر غير رسمية، إن الحالة الخاصة لفلسطين التي شرحناها في المقدمة تبرر هذا الرقم، فمن جهة يتسبب الاحتلال الإسرائيلي في ارتفاع معدل الوفيات والسجن بين الشباب والحاجة الماسة إلى الخدمات الطبية، ومن ناحية أخرى أدى الحد من الموارد وارتفاع معدل الفقر إلى تغيير عقلية المجتمع وتوقفت عن مشاركة الصورة الاجتماعية للتمريض التي تهيمن على البلدان العربية المجاورة.

سنوات من الخبرة: المشاركون كانوا يمتلكون سنوات خبرة متفاوتة وتتماشى مع السن والوظيفة.

مكان العمل: المشاركون كانوا في أغلبهم يعملون في مستشفيات وجامعات.

لفت انتباهنا غياب مشاركين يعملون في مراكز الأبحاث، فأجرينا مراجعة أدبية حول وضع البحث العلمي في المنطقة العربية ووجدنا تأكيداً على أنه من الرغم من وجود العديد من الجامعات المرموقة على المستوى الدولي والاهتمام الملحوظ بإنشاء مراكز أبحاث، فإن المنطقة العربية تمر بأزمة تتعلق بالبحث العلمي، مما قد يبرر غياب المشاركين الذين يعملون في مراكز البحوث.

تقول دراسة نُشرت في عام ٢٠١٧ أن عدد الجامعات في المنطقة حتى عام ١٩٩٦ كان ١٣٠، تم تأسيس ٩٢٪ منها بعد عام ١٩٥٠ و ٧٥٪ بعد عام ١٩٧٠، وعلى الرغم من وجود تطور ملحوظ في التعليم من حيث الزيادة في معدل الالتحاق وقدرة التوسع والتغيير في المناهج، فإن هذا التوسع غير قادر على الحفاظ على مستوى كافٍ من الجودة، ويرجع ذلك من بين أسباب أخرى إلى التوزيع غير المتساوي للميزانيات في الجامعات ومراكز البحث والتطوير. كما تؤكد الدراسة أن غالبية الجامعات في المنطقة العربية موجهة نحو التعليم وليس إلى البحث العلمي وأن البحث في هذه الدول كمي أكثر مما هو نوعي. (١٨٤)

مجالات البحث وفقا للتقرير العربي الثالث للتنمية الثقافية لعام ٢٠١١ كانت بشكل أساسي في الزراعة والهندسة

بنسبة ٤٩٪، الطب والعلوم الصحية بنسبة ٣٢٪، الكيمياء التطبيقية بنسبة ١٩٪، علم الفلك والرياضيات والكيمياء

والفيزياء بنسبة ١٠٪، وعلى الرغم من الزيادة في عدد المنشورات فإن المحتوى ليس مبتكراً. (١٨٤)

أما بالنسبة للنشر العلمي، تحتل مصر المرتبة الأولى بين الدول العربية حيث تم نشر ٥٥٥٩ دراسة في عام

٢٠٠٨، تليها تونس بـ ٣١١٦ والمملكة العربية السعودية بـ ٢٧٢٥، والجزائر بـ ٢١٥٤، في حين أن اليمن نشرت

١١٥ والبحرين ٩٥ في عام ١٩٩٦. (١٨٤)

أكد الأمين العام لاتحاد الجامعات العربية أن نسبة طلبات البحث منخفضة جداً وأن الدول العربية تفتقد لوجود خطة

استراتيجية ومراكز بحث متخصصة. (١٨٥)

العوامل التي تسهم في الوضع الحالي للبحوث في المنطقة العربية متعددة، بما في ذلك: (١٨٥)

- الوضع السياسي غير المستقر: الربيع العربي من جهة وحالة الحرب في العديد من الدول العربية قد اخفض الاهتمام الفردي والحكومي تجاه الأبحاث، وذلك لأن النظام التعليمي يواجه العديد من التحديات ولديه اهتمامات أساسية يعطيها الأولوية.

- قلة الدعم المالي للأنشطة البحثية.

- الدخل المنخفض لأساتذة الجامعات مما يؤدي إلى الإحباط.

- الفساد في إدارة الجامعات.

- سياسات التسجيل المفتوحة التي تفتقر إلى معايير القبول.

- الحرية الأكاديمية المحدودة.

- قلة الاستثمار في المؤسسات العامة.

- منهجيات التدريس الموجهة للحفظ، بدلاً من التفكير النقدي والبحث.

- عدم التوافق بين المهارات المتعلمة وتلك المطلوبة في سوق العمل.

- عدم المساواة بين الجنسين.

- عدم المساواة بين الطبقات الاجتماعية.

ومن الجدير بالذكر أنه على الرغم من عدم وجود مشاركين يعملون في مراكز الأبحاث، فإن أحد عشر مشاركاً في

الجولة الأولى ومشاركاً في الجولة الثانية ذكروا إن البحث يشكل جزء من عملهم.

نطاق العمل: بما أن معظم المشاركين يعملون في المستشفيات والجامعات كان من المتوقع أن الوظائف التي

يشغلونها ستكون متمثلة بالرعاية التمريضية المباشرة والتدريس.

لغات التمريض: فيما يتعلق باستخدام لغات التمريض كوسيلة لتطبيق عملية التمريض، أكد ٥٢ مشاركاً (٦٨،٤٢٪)

في الجولة الأولى استخدام لغات التمريض "دائماً" أو "تقريباً دائماً". شكل هذا السؤال جزءاً من استبيان الجولة

الثانية لعدم تحقيق التوافق في الجولة الأولى، حيث حقق إجماعاً حول استخدامها بنسبة ٨٢،٧٥٪.

الصورة العامة للمشاركين الذين أكدوا استخدام لغات التمريض في أماكن عملهم: معظمهم من النساء، من فلسطين

والأردن ولبنان، دون سن الأربعين في الجولة الأولى ومشاركة متساوية تقريباً لجميع الفئات العمرية في الجولة

الثانية، مع خبرة من ١ إلى ٥ سنوات وأكثر من ٢٠ سنة، ويعملون في المستشفيات والجامعات ويشغلون مراكز

التدريس والرعاية.

من الملفت للنظر أنه على الرغم من أن اللغة الأكثر استخداماً هي الناندا ونيك ونوك مع التأكيد على سهولة فهمها

وتطبيقها فإن الغالبية العظمى من هؤلاء المشاركين أكدوا أن تعريفات الأتيك للتشخيصات التمريضية الثلاثة كاملة

وصحيحة، و٦١،٥٤٪ ترجم ال Grief إلى الحزن، مما يدل ربما على عدم إتقان وفهم للناندا.

يمثل المشاركون الذين يستخدمون لغات التمريض "في بعض الأحيان" ١٤،٤٧٪ من إجمالي المشاركين في الجولة

الأولى و١٧،٢٤٪ من المشاركين في الدورة الثانية.

يعتبر استخدام لغات التمريض "في بعض الأحيان" ظاهرة مثيرة للاهتمام وتستحق البحث، وتتماشى مع تأكيد

مديري التمريض على أن استخدام لغات التمريض في أماكن عملهم ليس رسمياً ولا موحداً.

لا تقدم الأسئلة الواردة في الاستبيان معلومات للمساعدة على معرفة ما إذا كان الاستخدام "في بعض الأحيان" هو

سلوك فردي أو مؤسسي، بمعنى هل هو ممارسة المشارك وربما بعض الزملاء الآخرين أو هو ما يقدمه مكان

العمل ويسمح بتطبيقه.

في الجولة الأولى، أكد ١٥،٧٩٪ من المشاركين أنهم لم يستخدموا أبداً لغات التمريض، وفي الجولة الثانية، لم يؤكد

أي مشارك عدم استخدام لغات التمريض.

لم نعر على أي دراسة حول استخدام لغات التمريض في العالم العربي أو العلاقة بين استخدامها مع التقدم في العمر

أو مع سنوات من الخبرة.

دولياً، نتائج الدراسات متنوعة، كمثال على ذلك فإن نتيجة دراسة لاستكشاف المعرفة واستخدام اللغات التمريضية

بين طلاب التمريض في المركز الطبي الاتحادي بنيجيريا، والتي شارك فيها ٢٥٠ ممرضاً وممرضة أظهرت أنه

لا يوجد فرق كبير بين سنوات الخبرة أو تأهيل الممرضات ومستوى المعرفة بلغات التمريض القياسية. (١٦٦)

كشفت نتائج دراسة أخرى أجريت في المكسيك لاستكشاف العوامل المتعلقة بممارسة عملية التمريض في خدمات المستشفيات أنه لا توجد علاقة مهمة بين العمر وسنوات الخبرة ومستوى تطبيق عملية التمريض. (١٨٦)

تشير دراسة رينا إلى أنه "في بعض المؤسسات الصحية، توجد فجوة فيما يتعلق بإدارة عملية التمريض، لأن الحقبة التي بدأ فيها تدريبها كانت في الثمانينات والتسعينات، ولذلك فإن عمر المجيبين يلعب دوراً هاماً في تطبيق عملية الرعاية التمريضية في أماكن العمل. العديد من المتخصصين في التمريض لم يدرسوا العملية التمريضية أثناء دراستهم الجامعية، وبالتالي فإن المنسقين والمديرين في الأقسام لا يمتلكون المهارات العميقة المتعلقة بهذه العملية. أظهرت هذه الدراسة فرقاً في المعرفة بين المهنيين الذين لديهم أكثر من ١٥ عاماً من الخبرة المهنية وهؤلاء الذين تقل أعمارهم عن ١٠ سنوات، نسبة عالية من المجموعة الأولى تحدد بشكل صحيح مراحل العملية ولكن ليس بنية التشخيص، بينما مجموعة المهنيين الذين لديهم أقل من ١٠ سنوات من الممارسة المهنية يعرفون كل مراحل العملية وبنية التشخيص. " وأن "بعض الدراسات تثبت أن امتلاك أكثر من أربع سنوات من الخبرة المهنية في مؤسسة مستشفى خاصة يتصرف كعامل مضاد لتطبيق الممرضات والممرضين لعملية الرعاية التمريضية". (١٨٧، ١٦٥)

وتؤكد دراسة أخرى عن عوامل الخطر لعدم تطبيق عملية التمريض ما يلي: قلة الوقت، عبء العمل، عمر أقل من ٣٣ عاماً، الانتماء إلى مؤسسة خاصة، استثمار الكثير من الوقت في مراجعة وتحديث التاريخ الطبي، التركيز الحصري على تحضير وتوزيع الأدوية وامتلاك أكثر من ٤ سنوات من الخبرة. (١٨٨)

تتوافق نتائج هذا البحث أكثر مع حقيقة أن الشباب الذين لديهم سنوات قليلة من الخبرة يستخدمون لغات التمريض أكثر، وقد تكون الآراء الإيجابية للمشاركين ممن لديهم ٢٠ عاماً من الخبرة أو أكثر في الجولة الثانية من هذه الدراسة نتيجة لعملهم في الجامعة مما يجبرهم على استخدام هذه اللغات في التدريس والتطبيق العملي مع الطلاب. النسبة العالية من تأكيد استخدام اللغات التمريضية "دائماً" أو "تقريباً دائماً" تتعارض مع رأي مديري التمريض في المقابلات، ومع العديد من الدراسات المنشورة التي تؤكد استخداماً محدوداً وغير موحد للغات التمريض في معظم المؤسسات الصحية.

كشفت نتائج دراسة حول معرفة الاستخدام السريري للناندا ونيك ونوك أن "نسبة كبيرة من المشاركين لا يستخدمون تصنيفات نيك ونوك في أماكن عملهم. ويتوافق هذا مع نتائج دراسة كاباليرو التي تكشف عن الاستخدام المنخفض لنظم التصنيف في الممارسة السريرية". (١٦٥)

أجريت دراسة أخرى لاستكشاف العوامل المتعلقة بممارسة عملية التمريض في خدمات المستشفيات في المكسيك مع عينة من ٤٤ ممرضة، أظهرت النتائج أن مستوى تطبيق مراحل عملية التمريض منخفض جدا ولا يصل إلى ٥٠٪ (١٨٦)

وفقا لدراسة أخرى أجريت في عام ٢٠١٤ في شيلي بهدف تحديد العوامل المرتبطة باستخدام العملية التمريضية والمصطلحات السريرية من قبل الممرضات المسجلات مع عينة من ٣٠٠٠ ممرضة، فإن ٥٩،٨٪ أكدوا استخدام عملية التمريض و٣٩٪ استخدام الناندا، ٤١،٧٪ قالوا إنهم يعرفون الناندا ولكنهم لم يستخدموها. وقد لوحظت نسب مماثلة فيما يتعلق بالنيك والنوك حيث أقر ٤١٪ و٤٣٪ على التوالي بمعرفتها وعدم استخدامها. (١٦٩)

أكدت دراسة أجريت في عام ٢٠١١ في خمسة مستشفيات للأمراض النفسية في كاتالونيا وغانيسيا وبلاد الباسك بهدف تحديد تصنيفات التمريض المستخدمة أن جميع المراكز تستخدم تصنيف الناندا التشخيصي ولا يطبق أي من المراكز الخمسة النيك والنوك. (١٨٩)

فيما يتعلق بلغة التمريض المستخدمة في أماكن عملهم، فإن ٧٧،٦٣٪ من المشاركين يستخدمون الناندا ونيك ونوك، ١٧،١١٪ لا يستخدمون أي لغة، ٣،٩٥٪ يستخدمون السنب و١،٣٢٪ يستخدمون نموذج الرعاية الإنسانية لجامعة مونتريال.

إن نتيجة هذا السؤال تتماشى مع نتائج المقابلات والدراسات المنشورة التي تؤكد تبني الناندا في معظم دول العالم. أظهرت دراسة أجريت لاكتشاف معرفة واستخدام لغات التمريض بين طلاب التمريض في المركز الطبي الاتحادي في نيجيريا، والتي شارك فيها ٢٥٠ ممرضة، أن الممرضات لديهم معرفة قليلة عن لغات التمريض، ومعظمهم على دراية بالناندا؛ وقد تم تأكيد الملاحظة نفسها في دراسات أخرى مثل: غسن (٢٠١٦)، الوجن (٢٠١١) وثيدي (٢٠١١). (١٦٦)

عند السؤال عما إذا كانت لغة التمريض المستخدمة في مكان عملهم مفهومة وسهلة التطبيق فإننا لم نحقق توافقاً في الجولة الأولى وكان مجموع الذين أجابوا "موافق" و"موافق تماماً" ٦٨،٤٢٪ والذين أكدوا أنهم "محايدون" كانت ٢٣،٦٨٪.

تم تحقيق الإجماع في الجولة الثانية بنسبة ٩٣،١٠٪.

يبدو رأي المشاركين في هذا السؤال غير منطقي إذا قارناه بإجاباتهم على أسئلة أخرى، حيث أكد ٧٦،٩٢٪ من المشاركين أن نسخة من لغات التمريض باللغة العربية ستحسن فهمها مما يدل على وجود ثغرات في فهمهم للغة،



وأكدت نسبة ٤٢،٣٠٪ أن مستوى اللغة الإنجليزية للممرضات منخفض إلى متوسط مما يجعلنا نفترض صعوبة في فهم الناندا، و٥٩،٦٢٪ أكدوا أن استخدام لغة غير اللغة الأم يولد فجوات في الاتصال والتوثيق وهذا ينطوي على بعض الصعوبة في تطبيق وإدارة الناندا.

وأيضاً نتيجة هذا السؤال لا تتطابق مع رأي مدراء التمريض في المقابلات التي أجريت في هذا البحث، ولا مع العديد من الدراسات التي تؤكد الصعوبات والمحددات الموجودة لاستخدام الناندا. مدراء الممرضات أكدوا شعرهم بالإحباط بسبب تدني مستوى فهم الناندا لدى الممرضين والممرضات وتعقيد تطبيقها، وسلطوا الضوء على بعض المحددات الموجودة في استخدام هذه اللغة: تستغرق وقتاً طويلاً، لا تعكس واقع الرعاية التمريضية، عامة جداً ولا تلبي احتياجات بعد وحدة الرعاية المتخصصة، كونها باللغة الإنجليزية وتحتاج إلى أن تتكيف مع الاحتياجات الثقافية للمريض والممرضين العرب.

في دراسة أجريت في الأردن في عام ٢٠١٤ لتحديد نظرة وموقف طلاب التمريض من تشخيصات الناندا، أظهرت النتائج تصور صحيح وموقف إيجابي، ولكن مع فشل في التمييز بين التشخيصات التمريضية والطبية، وأن المشاركين لم يتمكنوا من التأكيد على أهمية تطوير وفصل المداخلات التمريضية عن الرعاية الطبية. يرجع ذلك إلى عدم القدرة على تحديد احتياجات المريض من وجهة نظر تمريضية، والذي بدوره يرجع إلى عدم معرفة المصطلحات التمريض وتصور مهنة التمريض كمهنة مساعدة لمهنة الطب أكثر من كونها مكملة لبقية المهن الصحية. (١٩٠)

يكشف مشروع بحث تم تطويره في مستشفى كارلوس هايال الجامعي في ملجا عن بعض الصعوبة في فهم وإدارة المصطلحات الجديدة الواردة في التصنيفات التمريضية. (١٩١)

تشير الدراسات إلى وجود خلل في دقة توثيق التشخيصات التمريضية وفي ربطها بالمداخلات والنتائج التمريضية، (برثولوميكزك ٢٠٠٤، فلورين، إهرنبرغ وإهنفورس ٢٠٠٥). (١٩٢)

"الناندا هي التصنيف الأكثر استخداماً ويحتوي على أفضل المفردات التشخيصية، ومع ذلك فإن استخدامها ليس عاملاً وأشارت العديد من الدراسات إلى وجود مشكلات في تطبيقها في الممارسة السريرية؛ أولاً: العلامات التشخيصية لهذا التصنيف معقدة للغاية ومجردة أو غير محددة بشكل كافٍ لتعكس حكم التمريض بشكل صحيح على حالة المريض؛ ثانياً: لم يقصد المطورين رواد هذا التصنيف تصميم مفردات سهلة التحكم ومتطابقة مع أنظمة الكمبيوتر، ولكن كانوا يرمون إلى التدليل على استقلالية مهنة التمريض وتفريقها أو فصلها عن مهنة الطب والمهن

الصحية الأخرى، وتشجيع التفكير النقدي لدى الممرضات والممرضين وإدخال طريقة منهجية تعكس نهج فردي للمريض في رعاية المرضى". (١٩٣)

كشفت دراسة حول سلوك الممرضات والممرضين في رعاية ما قبل الجراحة تجاه استخدام التشخيص التمريضي أنهم لا يؤمنون أن استخدامها ضروري ولا يصف مشاكل المرضى بشكل صحيح. بالإضافة إلى ذلك اعتبروا أن الوثائق في مجال عملهم محبطة وتستغرق وقتاً طويلاً. (١٩٤)

فيما يتعلق فيما إذا كانت اللغة التمريضية المستخدمة في مكان عملهم متكيفة مع الاحتياجات الثقافية للمرضى العرب لم نحقق توافقاً في الجولة الأولى، فشكل هذا السؤال جزءاً من الاستبيان الثاني.

٤٨،٦٨٪ من المشاركين في الجولة الأولى و ٧٩،٣١٪ في الجولة الثانية أجابوا "موافق" ووافق تماماً.

لوحظ أن نسبة موافقة الشباب كانت أعلى من نسبة موافقة الأكبر سناً، ربما بسبب وجود اختلافات في منظور الثقافة والاحتياجات الثقافية بين الفئتين، أو لأن سنوات الخبرة لدى كبار السن تسمح لهم بتقييم الوضع بطريقة مختلفة.

وباستثناء سنوات الخبرة التي تزيد على ٢٠ عاماً، تشير نتائج هذا البحث إلى أنه كلما قلت سنوات الخبرة زادت نسبة الموافقة على أن اللغة التمريضية المستخدمة في مكان عملهم متكيفة مع الاحتياجات الثقافية للمريض العربي. يتناقض التأكيد على أن الناندا تتكيف مع الاحتياجات الثقافية للمريض العربي مع رأي مدراء التمريض في المقابلات. وهي أيضاً نتيجة لا تتماشى مع الآراء حول الأسئلة الأخرى في الاستبيان، حيث تؤكد أن إصداراً من الناندا باللغة العربية سيحسن فهمها ويسهل تطبيقها، مما يدل على وجود ثغرات متعلقة باللغة وهو في حد ذاته مكون أساسي للثقافة، والذي يؤدي غيابه إلى تغيير معنى وسياق أدوات التقييم والتوثيق الصحي.

بالإضافة إلى ذلك، أكد المشاركون ونسبة عالية أن تعريف الأتيك لتشخيصات التمريض التي تم تناولها في هذه الدراسة صحيحة وكاملة، مما يثير الشك في أن تعريفات الناندا تتوافق مع فهم هذه التشخيصات من وجهة نظر المشاركين.

وبالمثل اختاروا بتوافق عالٍ للغاية تقريباً كل المداخلات التمريضية المرتبطة بتلك التشخيصات والمأخوذة من الأتيك، ومن بينها العديد من المداخلات المتعلقة بشكل مباشر بالثقافة، مما يترك شكاً أيضاً فيما إذا كانت المداخلات المرتبطة بنفس التشخيصات والمأخوذة من النيك تلبى الاحتياجات الثقافية للمريض العربي.

الناندا نفسها توصي من أجل تطبيقها الصحيح والمناسب معالجة القضايا المتعلقة بالاختلافات في مجال تطبيق

الممارسة التمريض وفي نماذج الممارسة التمريضية وفي القوانين واللوائح التنظيمية وكفاءات التمريض والنظم التعليمية. (١٠)

وأخيراً، تشرح أحد المشاريع البحثية التي تم تطويرها في مستشفى كارلوس هايا الجامعي في مالغا أن علماء التصنيف الأنجلو-ساكسوني قاموا بتطوير تصنيفاتهم، وهو ما يعني ضمناً محتوى يحاول تقديم إجابات لهذه المجموعة من المهنيين في نطاقهم الصحي والاجتماعي والثقافي والقانوني، ومعها الحاجة إلى تكييفها لاحتياجات البيئات الأخرى. (١٩٥،١٩١)

ويوضح أيضاً أن "مفهوم السياق قد تم تكوينه كإطار تتلاقى فيه الجوانب المادية والنفسية والاجتماعية الثقافية المتعددة التي تحدد أنماط التفاعل في عمليات الصحة والمرض". (١٩١)

عندما سألنا عما إذا كان من شأن لغة تمريضية متكيفة مع الثقافة العربية تحسين نوعية الرعاية التمريضية، وافق ٨٩،٤٨٪ من المشاركين في الجولة الأولى على ذلك.

لم نجد مراجع عن دراسات سابقة حول هذا الموضوع في العالم العربي، ولكن نتيجة هذا البحث تتماشى مع الدراسات التي تؤكد على أهمية التكيف الثقافي للأدوات المستخدمة في مجال الرعاية الصحية وقد تم تناول هذا الموضوع بالتفصيل في المقدمة.

وفقاً لماكغراث (١٩٩٠)، يجب أن تكون أدوات ووسائل التقييم السريرية صالحة وموثوقة ومتعددة الجوانب وحساسة من الناحية الثقافية. (١٥٨)

وتوصي الناندا بمعالجة القضايا المتعلقة بالاختلافات في مجال التطبيق العملي وفي نماذج الممارسة السريرية المختلفة وفي النظم التعليمية لكل بلد. (١٠)

يؤكد مقال نشر في عام ٢٠١٢ أنه "من الضروري الأخذ بعين الاعتبار عند ترجمة الأدوات أن الاختلافات اللغوية والثقافية تؤثر على الطريقة التي ينظر بها الأفراد إلى حالات الصحة والمرض الخاصة بهم وتوضيحها، وأن كل هذا يجعل من الضروري أن تعكس هذه الأدوات القيم والمعايير ووجهات النظر الخاصة بالثقافات التي سيتم استخدامها أو التكيف معها". (١٦٠)

فيما يتعلق فيما إذا نسخة من لغات التمريض باللغة العربية من شأنها تحسين فهم اللغات وتسهيل تطبيقها أكد ٧٣،٦٨٪ من المشاركين في الجولة الأولى موافقتهم.

الإجماع في هذا السؤال هو مؤشر على أن استخدام نسخة من لغات التمريض باللغة الإنجليزية قد يتسبب في

مشكلات في الفهم، وهذا بدوره يسبب أخطاء في الوثائق ويثير تساؤلات حول مدى فعالية التواصل فيما بين العاملين أنفسهم وفيما بينهم وبين المرضى.

نذكر أن مستوى اللغة الإنجليزية المنخفضة التي أكدها مدراء التمريض الذين تمت مقابلتهم والمشاركين في الاستبيانات يزيد من تعقيد فهم هذه اللغات.

تؤكد نتيجة هذا السؤال على أهمية اللغة الأم في استخدام وتطبيق أي أداة في مجال الصحة بما في ذلك لغات التمريض كما أوضحنا بالتفصيل في المقدمة.

تأكد الدراسات إن اللغة هي أساس التواصل والذي بدوره هو عملية معقدة لتبادل الأفكار والعواطف.

تؤكد اللجنة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية أن "حواجز الاتصال مسؤولة عن ٨٥٪ من الأحداث الخافرة في المستشفيات". (١١٨)

لغة التواصل والتوثيق: عند السؤال عن مدى تكرار استخدام اللغة العربية كلغة تواصل مع المرضى في مكان العمل، أكد ٩٣،٧٤٪ استخدامها "دائمًا" أو "تقريباً دائماً".

كانت النتيجة متوقعة حيث أن جميع المشاركين يعملون في الدول العربية، ولهذا السبب فإن جميع المرضى تقريباً هم من العرب ويتحدثون بلغتهم، بل على العكس فإن الإجابة بأحياننا التي لاحظناه في بعض الإجابات تلفت الانتباه، هؤلاء المشاركون كانوا من الأردن والإمارات العربية المتحدة ولبنان وفلسطين، وعملوا على التوالي في المدارس والمستشفيات والمراكز الصحية والمستشفيات والطوارئ، في مجالات المساعدة والرعاية والتعليم وفي حالات الطوارئ، دون تحيز كبير من حيث العمر وسنوات الخبرة، لا يشير الملف الشخصي لهؤلاء المشاركين إلى الأسباب المحتملة لردهم؛ ربما يستطيع المشارك الذي يعمل في مدرسة أن يتكلم بلغة أخرى إذا كانت المدرسة دولية ويتعين على المشارك في فلسطين التحدث بالعبرية إذا كان يعمل في إقليم ١٩٤٨ على الرغم من أنه من غير المحتمل أن يكون هذا هو السبب إذا كانت لغة السجلات في مكان عمله هي الإنجليزية.

يما يتعلق باللغة المستخدمة في سجل التمريض في مكان عملهم، أكد المشاركون أن اللغة المستخدمة في سجلات التمريض هي اللغة الإنجليزية (٩٠،٧٩٪ من الإجابات)، وأكد باقي المشاركين أنها اللغة العربية (مشاركين من العراق وفلسطين)، العربية والإنجليزية (مشاركين من فلسطين)، الفرنسية (مشاركين من لبنان) والعبرية (مشارك واحد فلسطيني) نستنتج من إجابته أنه يعمل في الجزء الخاضع للرقابة لإسرائيل حيث اللغة الرسمية هي العبرية. نتائج هذه الدراسة تتفق مع المعلومات المتوفرة من دراسة سابقة والتي تشير إلى أن اللغة الرئيسية في سجلات

التمريض في المنطقة العربية هي اللغة الإنجليزية نتيجة لاعتماد النماذج واللغات الغربية في التعليم التمريضي في معظم كليات التمريض. (١٩٦،٥٨،٥٥،٥٠،٤٤،٢٤)

وجود سجل تمريضي باللغة العربية في العراق ليس من المستغرب، نظرا إلى أن العراق وسوريا كانتا البلدان الوحيدان اللذان شجعا على استخدام اللغة العربية في نظام التعليم.

للأسف بسبب وضع الحرب في كلا البلدين لم نعثر على معلومات حول الوضع الحالي . (١٩٧،١٩٦)

أكد المشاركون أيضا أن اللغة الأساسية للدراسة في كليات التمريض في بلدهم هي اللغة الإنجليزية مع وجود إجماع بنسبة ٩٢،١١٪.

بقية المشاركين أكدوا أنها اللغة الفرنسية (أحد المشاركين لبنان)، العربية (مشارك من الأردن)، العربية والإنجليزية (٣ مشاركين من فلسطين)، الإنجليزية والفرنسية (أحد المشاركين من لبنان).

النتيجة تتماشى مع المعلومات المتاحة من دراسات سابقة:

الدوساري، وايل وباربرال (٢٠٠٨)، (٢٤) واتكينز وريان (٢٠١٥)، (٥٨) أحمد والأسد (٢٠٠٧)، (٥٠) الجارالله،

موسى ، حكيم والخنفر (٢٠٠٩)، (٤٠) الاميديني (٢٠١٧)، (٥٥) بدر، رزق وفرح (٢٠١٠)، (٥٦) فرجينيا (٢٠٠٣)،

(٤١) وشوريقي (٢٠٠٦). (١٩٦)

لفت نظرنا مشاركون من الأردن أكد أن اللغة العربية هي لغة الدراسة التمريضية في حين أن جميع المعلومات تشي ر إلى أن اللغة الرسمية لدراسة التمريض في الأردن هي الإنجليزية؛ كما قمنا بالبحث في الصفحات الرسمية لكليات التمريض في الأردن ولم نعثر على أي منهاج باللغة العربية.

فيما يتعلق بمستوى اللغة الثانية (الإنجليزية، الفرنسية، ...) لدى الممرضات والممرضين فقد تفاوتت الآراء، أعلى

نسبة كانت للمستوى "العادي/متوسط" بنسبة ٤٣،٤٢٪، يليه المستوى العالي بنسبة ٣٠،٢٦٪.

تشير المقالات التي تمت مراجعتها إلى أن مستوى اللغة الإنجليزية عموماً متوسط-منخفض في الدول والعربية،

الهباهبة (٢٠١٦)، (١٢٣) المجروقي وطزلوكوفا (٢٠١٤)، (١٢٤) سليمان وتادرس (٢٠١٠). (١٢٥)

بالنسبة للفرنسية، تشير الدراسات إلى أنها اللغة الرسمية الثانية في لبنان وأن نظام التعليم الفرنسي يهيمن على ٨٠٪

من الأجهزة التعليمية. (١٩٨)

لم نعثر على دراسات موثوقة تتناول مسألة مستوى اللغة الفرنسية بين الممرضات في لبنان أو بين اللبنانيين بشكل

عام، ومع ذلك تشير الدراسات إلى أن التعقيد نشأ عند إضافة اللغة الإنجليزية كلغة أجنبية ثانية ضرورية للاقتراب

من العالم الغربي والتي ولدت حمل زائد من اللغات وارتباك محتمل حول الهوية الثقافية. (١٩٨)

نحن نعتقد أن النسبة العالية من الآراء التي أكدت أن مستوى اللغة الثانية لدى الممرضين وممرضات عالي قد يكون راجعا إلى الجهود الشخصية والمؤسسية في بعض الأجهزة الطبية ولأسباب أخرى خاصة بكل بلد.

يعتقد جميع المشاركين من المملكة العربية السعودية وقطر والإمارات العربية المتحدة أن المستوى مرتفع، قد يكون ذلك بسبب الاتصال اليومي بالمغتربين ولحقيقة أنهم ملزمون بالتواصل باللغة الإنجليزية أكثر من البلدان العربية الأخرى المشاركة في الدراسة.

بالنسبة للأردن وفلسطين يمكن أن تكون أن تكون النتيجة ذات صلة بجهود خاصه من قبل الممرضات وبعض الأجهزة الطبية، أو ربما هو رأي مصدره أحد مميزات الشخصية العربية جانباً المذكورة في الدراسات التي تؤكد أن العرب يميلون إلى المبالغة في التقييم الإيجابي لمستوى اللغة الإنجليزية.

عند السؤال "إذا كان استخدام لغة غير اللغة الأم يولد فجوات في التواصل مع المرضى وفي سجلات التمريض" لم نحقق إجماعاً بأكثر من ٧٠٪ في أي من الجولتين، آخذين بعين الاعتبار أن رأي الخبراء في المقابلات يؤكد وجود فجوة كبيرة في الاتصال وفي سجلات التمريض ناجمة عن ذلك وأن المشاركين أنفسهم قد أكدوا أن نسخة اللغات التمريضية باللغة العربية من شأنه أن يحسن فهمها، قررنا عدم إطلاق جولة ثالثة من الاستبيان لتحقيق التوافق على هذا السؤال.

أظهرت الدراسات التي نشرت في مجال التواصل في مجال الصحة أن الحواجز الثقافية واللغوية هي أكبر عقبة أمام التواصل الفعال وأنها يمكن أن تؤدي إلى سوء التشخيص وسوء الفهم وعدم القدرة على ربط احتياجات المريض بخطة الرعاية. (١١٤)

بالإضافة إلى ذلك، تشير الدراسات إلى أن حواجز الاتصال مسؤولة عن ٨٥٪ من الأحداث الخافرة في المستشفيات. (١١٨)

إذا أضفنا صعوبة ترجمة المصطلحات الطبية التقنية إلى لغات أخرى إلى حقيقة أن مستوى اللغة الثانية للممرضات في الدول العربية يتراوح بين العادي والمنخفض، فإننا نخلص إلى أنه من المرجح أن هذا الوضع قد يخلق فجوة في التوثيق.

سجل التمريض: في السؤال عما إذا كان السجل التمريضي في مكان عملهم يعكس تماماً واقع الرعاية الصحية اليومية للممرضات فإن ٦٧،١١٪ من المشاركين في الجولة الأولى و ٦٩٪ من المشاركين الجولة الثانية أكدوا أنهم "موافقون" أو "موافقون تماماً".

لم نعرثر على العديد من الدراسات حول رضا الممرضات والممرضات فيما يتعلق بالسجل التمريضي في العالم

العربي أو نوعية السجلات المذكورة. لكن الدراسات القليلة التي وجدت والكثير غيرها على المستوى الدولي، جنباً إلى جنب مع رأي مدراء التمريض الذين تمت مقابلتهم في هذا البحث يؤكدون حقيقة واقعة مضادة لنتائج هذه الدراسة. مما يدعونا إلى التفكير أنه من الممكن أن يكون رأي المشاركين مرتبطاً بنقص المعرفة بمعايير الجودة في وثائق التمريض.

أكدت الدراسة التي نشرت عن تقييم خدمة السجلات الطبية في مستشفيات وزارة الصحة في الأردن الذي أجري عام ٢٠٠٦ أن تنظيم السجلات الطبية في البلاد بدأت في عام ١٩٧٣، وأنه باستثناء المستشفيات الجامعية ومركز الملك حسين الطبي ومركز الحسين للسرطان واثنين من المستشفيات الخاصة جميع المستشفيات الأخرى لديها مشكلة خطيرة للغاية تتعلق بجودة ونوعية السجلات الطبية تتمثل بأنها غير مكتملة وغير دقيقة ويصعب الوصول إليها. (١٩٩) على الرغم من أن هذه الدراسة لم تدرس سجلات التمريض على وجه الخصوص، إلى أنها قد تكون مؤشراً لمستوى جودة السجلات التمريضية لأنها تشكل جزء من السجل الطبي للمريض، وإذا كانت جودة السجل سيئة بشكل عام فإن ذلك سينطبق على الجزء الخاص بالملاحظات التمريضية.

كشفت مقالة نشرت في عام ٢٠١٥ عن نتائج التدقيق في السجلات السريرية للتمريض في مستشفى في المملكة العربية السعودية أن العناصر التالية مفقودة: (٢٠٠)

- تقارير الموجات فوق الصوتية
- تقارير الأشعة
- تقارير الأخصائيين الاجتماعيين
- تقرير التقييم عند الإدخال
- خطة الرعاية التمريضية
- ملاحظات التمريض للتقييم والتاريخ والتقدم
- ورقة تقييم الطوارئ
- تسجيل الدواء
- تقارير التغذية
- ورقة السيطرة على الألم
- ورقة تقييم التمريض لحالات الطوارئ

## - التثقيف الصحي للمريض وعائلته

كشفت دراسة حول توثيق الألم ما بعد الجراحة من قبل ممرضات في منشأة جراحية في الأردن أن هناك حاجة لتحسين تقييم وتوثيق الألم ما بعد الجراحة. احتوى السجل التمريضي على ملاحظات حول المكان والمدة والتعبير اللفظي للألم، ولكن معظم السجلات تفتقر إلى المعلومات حول التعبير غير اللفظي للألم والأدوية التي تُعطى ونتائج المداخلات التي أُجريت. (٢٠١)

كشفت دراسة أخرى أجريت عام ٢٠١٧ حول جودة الوثائق في السجلات اليدوية والإلكترونية في مستشفيات حكوميين في شمال الأردن واحد يستخدم نظام يدوي والآخر محوسب مع عينة من ٤٣٤ سجل، أنه على الرغم من حقيقة أن السجلات الإلكترونية أفضل على المستوى الهيكلي، كلا السجلين ناقصين ويحتويان على معلومات غير كاملة وغير صحيحة. تسلط هذه الدراسة الضوء على الاستخدام الخاطئ للاختصارات، الجودة الرديئة لتاريخ التمريض الموثق، أوجه القصور في توثيق عملية التمريض والمعلومات غير المكتملة المتعلقة بالتشخيصات والمداخلات التمريضية. (١٣٨)

على المستوى الدولي، هناك العديد من الدراسات حول جودة سجلات التمريض، ومعظمها يؤكد وجود محددات وعيوب. (٢٠٢)

في الدراسة التي أجراها سيتز لفحص جودة السجلات، أفاد بأن ٦٤,٧٪ كانت مقبولة، لكن ٨,٧٪ فقط كانت ذات جودة جيدة و ٢٦,٧٪ ذات جودة رديئة. (٢٠٣)

كشفت دراسة حول تأثير عبء العمل على جودة السجلات في المراكز الصحية في منطقة فامبيه في مقاطعة ليمبوبو في جنوب أفريقيا العديد من الآثار المترتبة على عبء العمل المرتفع على التمريض على جودة التوثيق وأكدت أنه نتيجة لذلك فإن السجلات تحتوي على معلومات غير كاملة وغير مقروءة وغير صحيحة. (٢٠٤)

تؤكد دراسات إهرنبرغ وبرجرسن (٢٠٠٣)، فاوتلينن وغيره (٢٠٠٤)، ارفنغ وغيره (٢٠٠٦)، ماهلر وغيره (٢٠٠٧)، أرفيجواكوشيا وإليوت وواستون (٢٠٠٨) النوعية الرديئة لسجلات التمريض وعدم كفايتها لعكس الرعاية المقدمة للمرضى، بالإضافة إلى ذلك، تشير الدراسة التي أجراها واهيته (٢٠٠٥) إلى أن البيانات لا تقدم بطريقة موجزة وواضحة. (٢٠٥)

مثال آخر على الدراسات التي تؤكد أن السجلات السريرية لا تعكس الواقع السريري للمرضى هي دراسة آدمسن وتويس التي كشفت أن ٣١٪ فقط من مشاكل المرضى التي تم التعرف عليها من قبل طاقم التمريض انعكست في



السجلات، وأن ثلث مشاكل المرضى لم يتم التعرف عليها من قبل الممرضات والممرضين. (٢٠٦)

أظهرت دراسة أجريت لمعرفة مدى صحة السجل السريري المتعلق بتقريعات الفراش في المستشفى الجامعي في فوينلابرادا أنه "يتم مضاعفة عدد المرضى الذين يعانون من تقريعات الفراش إذا كانت عملية جمع البيانات تمت من قبل ممرضة خبيرة عن طريق الملاحظة مقارنة بالمستوى المسجل في التاريخ السريري المحوسب للمستشفى".

وغيرها من الدراسات التي أجراها نفس فريق البحث وقام فيها بتحليل نسبة المرضى الذين يعانون من عدم السيطرة على التبول ومدى استقلاليتهم في الرعاية الذاتية وتطور حالتهم خلال مدة الإدخال ووجدوا أن هناك مشاكل في توثيق التاريخ المرضي من قبل طاقم التمريض. (٢٠٦)

في مراجعة نشرت في عام ٢٠١١ والتي "شملت ٧٧ دراسة من ١٥ دولة وحلت السجلات السريرية للتمريض أظهرت أن التوافق بين السجل السريري وما حدث فعلياً للمرضى (مقارنةً بدراسات قائمة على الملاحظة ومقابلات مع المرضى والممرضات وتقييم الأداء المهني) كان منخفضاً. (٢٠٦)

أظهرت دراسة حول جودة سجلات التمريض في وحدة العناية المركزة بمستشفى عام في البرازيل أن أياً من السجلات الخمسين التي تمت مراجعتها استوفت معايير الجودة التي سبق أن اقترحها الباحثون. (٢٠٧)

أظهرت دراسة أجرتها شانفيج والتي تم خلالها استعراض ٤٢٥ سجل طبي لتقييم جودة توثيق الملاحظات المتعلقة بالألم بعد العملية الجراحية أن توثيق تقييم الألم غير متناسق وأقل من المستوى القياسي المقبول. (٢٠١)

وكشفت دراسة بريغز ودين عن نفس الموضوع والتي درست التاريخ السريري لـ ٦٥ مريضاً، أن تقييم الألم كان موثقاً بشكل سيئ وأن مستوى الألم الموثق كان مختلفاً عن ذلك الذي أبلغ عنه المرضى وأن المداخلات التي أجريت من أجل السيطرة على الألم نادراً ما كانت توثق. (٢٠١)

كشفت مقالة نشرت في عام ٢٠١١ والتي أجرت مراجعة منهجية للدراسات المنشورة حول جودة سجلات التمريض العديد من أوجه القصور في سجلات التمريض، حيث تظهر العديد من الدراسات التي تمت مراجعتها هيمنة البيانات الطبية الحيوية في سجلات التمريض ونقص البيانات حول الجوانب النفسية والاجتماعية والثقافية والروحية للرعاية، بالإضافة إلى ذلك، يؤكدون عدم وجود توثيق لتقييم الأفضليات والاحتياجات والمعرفة والمفاهيم الصحية والسلوكيات السابقة المتعلقة بالصحة ونوعية الحياة، كما استعرضت دراسات أخرى عدم وجود وثائق حول التنقيف الصحي للمريض وأكد آخرون غياب المراحل الخمس لعملية التمريض. (٢٠٨)

فيما يتعلق بمجالات محددة، فإنها تشير إلى وجود قصور في توثيق تقييم الألم وأدوات التغيير المعرفي، تقييم

وعلاج ومنع قرح الفراش، تقييم خصائص الجروح، تقييم المرضى المسنين المصابين بأمراض القلب الاحتقاني والمداخلات التي أجريت لهم، تقييم المرضى تحت الرعاية التلطيفية والمداخلات التي أجريت لهم، التقييم والمداخلات للمرضى المصابين بالخرف وتوثيق الحالة العقلية للمرضى. (٢٠٨)

كما تبرز المقالات التي تم استعراضها مشكلة في دقة توثيق التشخيصات والمداخلات التمريضية، بالإضافة إلى عدم الثبات في استخدام المصطلحات واستخدام عبارات مجردة وغير مناسبة وملاحظات غير مقروءة ووجود ملاحظات مسجلة في القسم غير الصحيح. (٢٠٨)

تؤكد بعض الدراسات التي تمت مراجعتها أن المعلومات الموثقة لا تعكس الواقع بسبب عدم الاتفاق بين ما يتم تسجيله والمعلومات التي تم جمعها في المقابلات التي أجراها باحثو هذه الدراسات مع المرضى والمرضى. (٢٠٨) لقد قمنا بربط الإجابات على هذا السؤال مع البيانات الاجتماعية والديموغرافية للمشاركين لاستكشاف المزيد من العلاقات الممكنة. يلاحظ أن ١٠٠٪ من المشاركين من المملكة العربية السعودية ومصر والعراق وقطر و٨٨٪ من لبنان يؤكدون أن سجل التمريض في أماكن عملهم يعكس الواقع.

فيما يخص العلاقة ما بين العمر وتأكيده ذلك لم يبرز أي اتجاه واضح، باستثناء أن ١٠٠٪ من المشاركين الذين تراوحت أعمارهم بين ٤١ و ٥٠ عاماً في الجولة الأولى و ١٠٠٪ من المشاركين بعمر أكثر من ٦٠ عاماً في الجولة الثانية أكدوا أنهم غير موافقون على أن السجل التمريضي في أماكن عملهم يعكس الواقع التمريضي. لم نثر على أي دراسة تتعلق بعمر الممرضين ومستوى الرضا عن السجل التمريضي.

فيما يتعلق بنوع سجل التمريض المستخدم في أماكن عملهم، يستخدم ٥٦,٥٨٪ من المشتركين سجلاً إلكترونياً، و ٣٥,٥٣٪ سجلاً يدوياً و ٧,٨٩٪ سجلاً مختلطاً.

النسبة المئوية لاستخدام أنظمة محوسبه أعلى مما تشير إليه المعلومات المتوفرة في الدراسات المنشورة. تؤكد المقالات المنشورة حول الموضوع محدودية استخدام الأنظمة الصحية الإلكترونية في الدول العربية، خليفة (٢٠١٣)، (١٤٠) السعدان (٢٠١٥). (١٣٧)

وفي الوقت نفسه يعد تأكيد استخدام نظام إلكتروني من قبل ١٠٠٪ من المشاركين من دول الخليج مؤشراً على دور المستوى الاقتصادي في تنفيذ الأنظمة الصحية الإلكترونية، بالإضافة إلى ذلك قد يكون السبب في ذلك ارتفاع معدل موظفي التمريض المغتربين في هذه البلدان والذي يتطلب ظروف عمل ومستوى تطوري مماثل لتلك الموجودة في بلدانهم الأصلي.

فيما يتعلق بإدارة سجل التمريض، أكد ٧٣،٦٩ ٪ من المشاركين أنه من السهل إدارة سجل التمريض في مكان عملهم.

عند ربط الإجابة بنوع النظام المستخدم، لاحظنا أن النسبة المئوية لأولئك الذين يستخدمون نظامًا إلكترونيًا وأكدوا سهولة إدارة السجل أعلى بكثير من أولئك الذين يستخدمون نظامًا يدويًا.

تتطابق هذه النتيجة مع البيانات التي تؤكد أن سجلات التمريض اليدوي تستغرق وقتًا طويلاً وتسبب صعوبات عند استخراج المعلومات ومعالجتها، ولكنها تتناقض في الوقت نفسه مع نتائج العديد من الدراسات التي أبرزت رفض استخدام الأنظمة الإلكترونية في الدول العربية وعدم إعداد الممرضات بشكل كافٍ لاستخدامها. (٢٠٢٠، ١٣٨)

فيما يتعلق برابط هذا السؤال مع الدول، تم التأكيد على أن ١٠٠ ٪ من المشاركين من دول الخليج أكدوا أن إدارة السجلات أمر سهل وأن ١٠٠ ٪ من هؤلاء المشاركين أكدوا في ذات الوقت استخدام أنظمة تسجيل محوسبة.

أما بالنسبة للعلاقة ما بين العمر وسهولة استخدام السجلات فعموماً نسبة الذين أكدوا أن إدارة السجلات سهلة كان أعلى في الفئات العمرية الأصغر سناً (٨٠،٦٥ ٪ من الذين تتراوح أعمارهم بين ٢١ و ٣٠ عاماً، ٦٩،٥٧ ٪ من الذين تتراوح أعمارهم بين ٣١ و ٤٠، ٥٧،١٤ ٪ من الذين تتراوح أعمارهم بين ٤١ و ٥٠ عاماً، و ٥٠ ٪ ممن أعمارهم أكثر من ٦٠ عاماً). وكان الاستثناء الوحيد هو الفئة العمرية من ٥١ إلى ٦٠ سنة، حيث أكد ٨١،٨٢ ٪ منهم أن إدارة السجلات سهلة.

العلاقة مع صغر السن يمكن أن تكون ذات صلة في التغير في البيانات والإعدادات في كليات التمريض مع تقدم الزمن، حيث أصبحت تتضمن دورات كمبيوتر، وإلى القدرة الشاملة الأكثر تطوراً فيما يتعلق بالتكنولوجيا التي يمتلكها الشباب بالمقارنة مع كبار السن، كما أنها قد تكون ذات صلة بمعايير التوظيف والشروط التي تتطلب مستوى عالٍ من تكنولوجيا المعلومات اليوم.

لم نعثر على دراسات تربط العمر بسهولة إدارة سجلات التمريض.

قمنا بتحليل المعلومات الشخصية للمشاركين الذين تتراوح أعمارهم بين ٥١ و ٦٠ عاماً وأكدوا سهولة التعامل مع السجلات (٩ مشاركين).

ما لاحظناه هو أن هؤلاء المشاركين وبنسبة ٧٧،٧٨ ٪ يعملون في الجامعات في المناصب التعليمية و ٧٧،٧٨ ٪ منهم يستخدمون نظاماً محوسباً.

يشير هذا التحليل إلى أن هؤلاء المشاركين استخدموا السجل التمريضي في مهمتهم كمشرف على طلاب التمريض

في التطبيق العملي، ومن الطبيعي إتقان استخدام هذه الأنظمة كي يتمكنوا من أداء مهمتهم كمدرسين، وإذا كانت هذه السجلات محوسبة فإن إدارتها أسهل.

من حيث سنوات الخبرة، من الملاحظ عمومًا أنه كلما قلت سنوات الخبرة زادت النسبة المئوية للتأكيد على أن إدارة السجلات أمر سهل، الاستثناء الوحيد هو لأولئك الذين لديهم ما بين ١١ و ١٥ سنة من الخبرة والذين لديهم أكثر من ٢٠ سنة خبرة.

ترتبط سنوات الخبرة إلى حد ما بالعمر، وبالتالي يمكن أن يرتبط هذا الاتجاه بالسهولة التي يتمتع بها الشباب في التعامل مع علوم الكمبيوتر ومع الإعداد السابق الذي لم يتوفر للأكبر سنًا.

من بين المشاركين الخمسة الذين لديهم ١١ و ١٥ سنة خبرة وأكدوا سهولة التعامل مع السجل ٦٠٪ منهم يستخدمون نظامًا محوسبًا، و ٦٠٪ يعملون في الجامعات، و ٨٠٪ منهم يشغلون وظيفة مدرس، ومن بين المشاركين الأربعة عشر الذين لديهم أكثر من ٢٠ عامًا من الخبرة، يستخدم ٥٧٪ منهم نظامًا محوسبًا، و ٦٤،٢٩٪ منهم يعملون في الجامعات ويشغلون وظائف تدريسية.

مرة أخرى يلاحظ الاستثناء مرتبط بنطاق العمل (التدريس) الذي يتطلب أن يكون لديهم مستوى عالٍ من إدارة أنظمة السجلات حتى يتمكنوا من الإشراف على الطلاب.

٧٣،٦٩٪ من المشاركين يؤكدون أن السجل التمريضي في بلادهم يعتبر دليلاً معتمداً في المحاكمات في حين أن ٢١،٠٥٪ كانوا غير متأكدين واختاروا الحياد في إجاباتهم

لم نثر على أي مقال يتناول هذه القضية في الدول العربية.

نذكر أن مدراء التمريض أكدوا صلاحيتها في المحاكمات ولكن علقوا بأنهم لا يعتبرونها إثباتاً صحيحاً أو موثقاً به نظراً لوجود نقص في الكثير من المعلومات ذات الصلة وأخطاء في الكتابة وأخطاء محتملة ناجمة عن استخدام

اللغة الإنجليزية من قبل الممرضين والمرضات الذين يمتلكون مستوى متوسط إلى متدني بشكل عام.

#### التشخيصات التمريضية:

وافق ٩٣،٤٢٪ من المشاركين على أن الترجمة الصحيحة للـ "Spiritual suffering" هي المعاناة الروحية.

تتطابق هذه النتيجة مع الكلمة التي اختارها الباحثة وهي الترجمة الوحيدة الممكنة، على الرغم من أنه يمكن للمرء "أيضاً أن يقول "المعاناة الروحانية".

المعاناة النفسية كانت خيار ٣ من المشاركين، ولا نعرف أصل هذا الالتباس حيث أن اختلاف المعنى بين الاثنين

واضح جداً في اللغة العربية.

فيما يتعلق بالترجمة الصحيحة للـ "Grief" فإن ٥٦,٥٨٪ من المشاركين في الجولة الأولى و ٧٥,٨٦٪ من المشاركين في الجولة الثانية اختاروا كلمة الحزن.

نحن نعتقد أن اختيار هذه الكلمة يمكن أن يكون نتيجة عدم فهم لهذا التشخيص كعملية، وأيضاً بسبب صعوبة ترجمته إلى اللغة العربية.

في حين أن الحزن هو شعور، فإن المفهوم الصحيح للكلمة يعبر عن عملية يمكن أن تؤدي إلى الكثير من المشاعر والتغيرات في السلوك وأسلوب الحياة. الحزن هو مجرد علامة من علامات هذه العملية، لذلك نعتبر أن كلمة حزن غير كافية لوصف هذا المفهوم.

في الوقت نفسه نحن ندرك أنه مفهوم جديد وأن الكثير من الناس لا يعرفونه سواءً داخل أو خارج الأجواء الطبية والصحية

شكلت ترجمته عملية معقدة وصعبة بالنسبة للباحثة، خلال سنوات العمل في الرعاية التمريضية كانت الكلمة

المختارة هي "حداد"، على الرغم من أنها لا تصف هذا المفهوم بشكل صحيح كما نفهمها في يومنا هذا.

بعد البحث في القواميس والتشاور مع بعض الخبراء في فقه اللغة العربية، اتفقنا على أن الكلمة التي تقارب الفهم الصحيح هي الأسى.

"الأسى" هي كلمة تحتوي على الكثير من المعلومات الخفية في معناها: الشعور بالحزن لفقدان شيء ما أو شخص ما يصل إلى حد يمكن أن يتسبب في تغييرات في حياتك وطريقتك في رؤية العالم، إنها حالة ذهنية دائمة ولا تخفي بشكل كامل أبداً.

وافق واحد فقط من المشاركين على ترجمة المؤلف، على الرغم من أنه ليس من قبيل المصادفة أنه كان المشارك الذي بسبب تخصصه يعمل بشكل متكرر مع هذا التشخيص.

أما بالنسبة للترجمة الصحيحة للـ "Hopelessness"، فقد اختار ٦١,٨٤٪ "فقدان الأمل" و ٣٨,١٦٪ "اليأس". للكلمتين نفس المعنى في اللغة العربية ويستخدمان للتعبير عن نفس الحالة النفسية.

فيما يتعلق بتقييم تعريف الأتيك لليأس وافق ٨١,٥٨٪ من المشاركين في الجولة الأولى على أنه صحيح وكامل.

فيما يتعلق بتقييم تعريف الأتيك للأسى، وافق ٥٦,٧٩٪ المشاركين في الجولة الأولى على أنه صحيح وكامل، قمنا بتضمين هذا السؤال في استبيان الجولة الثانية فتم الإجماع بنسبة ٩٦,٥٦٪ من إجمالي المشاركين.

فيما يتعلق بتقييم تعريف الأتيك للمعاناة الروحية، وافق ٨٠،٢٦٪ من المشاركين في الجولة الأولى على أنه صحيح وكامل.

من اللافت للنظر أنه في كلتا طريقتي جمع البيانات في هذا البحث، المقابلات والاستبيانات، رأي المشاركين يميل إلى تعريفات الأتيك للتشخيصات التمرضية، على الرغم من أن اللغة المستخدمة في مكان العمل هي الناندا. قمنا بتحليل التعريفين في محاولة لفهم هذه الظاهرة واستكشاف أوجه القصور المحتملة في تعريف الناندا. الأسى على النحو الذي عرفته الناندا هو "مرحلة طبيعية معقدة تتضمن استجابات وسلوكيات عاطفية وجسدية وروحية ومجتمعية وفكرية يدمج الأفراد والعائلات والمجتمعات من خلالها خسارة حقيقية أو متوقعة أو متصورة في حياتهم اليومية". (١١،١٠)

ووفقاً للأتيك هو "مواجهة الفرد لمجموعة من الاستجابات الجسدية والنفسية والعاطفية والاجتماعية والروحية للتكيف مع خسارة ما، وهو استجابة تأقلمية صحية تتجلى بأشكال مختلفة اعتماداً على السياق الاجتماعي والثقافي وعلى معتقدات وقيم الأفراد أو المجموعة". (١٨)

كلا التعريفين يتطرقان للاستجابات البشرية المختلفة في مواجهة خسارة ما، لكن في تعريف الأتيك يبرز جانبان يمكن أن يكونا السبب وراء اختياره في المقابلات والاستبيانات:

١ - "استجابة تأقلمية صحية": هذا يتوافق مع المنظور الثقافي للخسارة في البلدان العربي، معظم العرب يؤمنون بإرادة الله وأن كل ما يحدث لهم في الحياة مقدر، وإيمانهم بالله يجبرهم على القبول به، وكقاعدة عامة، فإن الشخص الذي يعاني من الأسى يعيش محاطاً بأحبائه. كذلك فإنها تعتبر استجابة طبيعية تساعد على العودة إلى طبيعتهم في أقرب وقت ممكن.

٢ - "يتجلى بشكل مختلف حسب السياق الاجتماعي والثقافي ومعتقدات وقيم الشخص": العنصر الاجتماعي والثقافي المذكور ذو أهمية كبيرة ويؤدي فهمه دوراً أساسياً عندما يتعلق الأمر بوضع خطة الرعاية للمريض الذي يمر بالأسى.

يحترم العرب بشكل كبير المعايير الثقافية بشكل عام، وأكثر من ذلك عندما يتعلق الأمر بالموت وهو أحد أكثر الأحداث التي تسبب الأسى.

نحن نعتقد أن هذا الالتزام القوي بالثقافة ربما يولد الحاجة إلى وجود الاختلافات الثقافية حاضرة دائماً وبالتالي يبدو تعريف الأتيك أكثر اكتمالاً وصحة.

تعرف الناندا اليأس على أنه " الحالة الذاتية التي يرى فيها الشخص عدداً قليلاً من الخيارات البديلة أو الشخصية أو

انعدامها تماماً، ويكون غير قادر على توجيه طاقته في مالهته الخاصة". (١١،١٠)

في حين أن الأتيك تعرفه على أنه " إظهار الشخص عدم كفاية في اليات التكيف والذي يعبر عن موقف استسلام، مصحوب بغياب لمفهوم الذات، تثبيط عاطفي، سلبية وتمزق للاستمرارية الزمنية المؤقتة نحو المستقبل". (١٨)

في تعريف الأتيك يذكر آليات التكيف مما يوضح أنها حالة ذاتية ولكن في الوقت نفسه يسمح بالمداخلات لتحسين هذه الحالة، أيضا عندما يتحدث عن كسر الاستمرارية في المستقبل، فهو يصفها بأنها مؤقتة، وهي أكثر قابلية للفهم في الثقافة العربية، لا يسمح الإسلام بالاستسلام ورفض المستقبل حتى لو كان مؤلم ومثير للغضب، وبالتالي فإن الإقرار بأنها حالة يمكن أن تكون مؤقتة وقابلة للتصحيح يتمشى أكثر مع معتقدات العرب.

من ناحية أخرى، لا يقترب استخدام "الخيارات الشخصية" و "المصلحته الخاصة" المذكورة في تعريف الناندا من العقلية العربية. الثقافة العربية هي ثقافة جماعية ولا تشجع الفردية، كل القرارات تتخذ في مجموعات وتهدف إلى مصلحة المجموعة.

المعانة الروحية تعرف من قبل الناندا على أنها " تدني القدرة على تجربة وإدماج المعنى والهدف من الحياة من خلال صلة الفرد بنفسه، بالآخرين، بالفن، بالموسيقى، بالأدب، بالطبيعة أو بقوة عليا". (١١،١٠)

أما الأتيك فتعرفها على أنها " عيش الفرد لمعانة مؤلمة وعميقة مرتبطة بعدم قدرته على إيجاد أو الحفاظ على أو استعادة التوازن الداخلي الذي يسمح له بالتساؤل عن معنى وجوده أو سبب الوضع الذي يعيش والذي أيضاً يسمح له بتعزيز علاقته بما هو متسامي". (١٨)

لا يفصل معظم العرب الروحية عن الدين، ويعتقدون أن الإيمان يوفر السلام الداخلي.

نحن نعتقد أن المعانة الروحية المتعلقة بالتوازن الداخلي تتوافق مع هذا الاعتقاد. بالإضافة إلى ذلك، فإن وصف المشاعر المرتبطة بهذا التشخيص يساعد على اكتشافه وفهمه واقتراح المداخلات المناسبة للمساعدة في التغلب عليها.

من ناحية أخرى، نعتقد أن الفن والموسيقى والأدب لا تعتبر مكونات روحية في الثقافة العربية. في السؤال المتعلق بالمداخلات المرتبطة بالمعانة الروحية استثنى معظم المشاركين المداخلات المتعلقة بالموسيقى والأدب ولم يعتبروها مهمة في خطة رعاية المريض الذي يعاني من المعانة الروحية.

في السؤال الذي كان على المشاركين فيه اختيار كل المداخلات التمرضية المرتبطة برعاية مريض يعاني من الأسى و/أو اليأس، لم تحقق توافقاً على أي منها باستثناء "الاستماع الفعال" في الجولة الأولى، وهي نتيجة غير

متوقعة ونعتقد أنها قد تكون ناتجة عن صيغة السؤال في الاستبيان وعن أن هذا السؤال كونه قبل الأخير لم يحظى بالاهتمام الكافي من قبل المشاركين، لهذا السبب غيرنا صيغة السؤال في الجولة الثانية لجعله إلزامياً بوضع علامة تقديرية لكل مداخلات تصنف أهميتها في خطة رعاية مريض يعاني من أحد أو كلا هذين التشخيصين.

المقياس كان من ١ إلى ٥ حيث ١ يمثل أنه غير ضروري وال ٥ أنه ضروري جداً، واعتبرنا حالة توافق المداخلات التي حازت على نسبة أعلى من ٧٠٪ بعد جمع الإجابات التي اختارت ٤ و ٥.

في الجولة الثانية حققنا إجماعاً أكثر من ٧٠٪ في جميع المداخلات باستثناء ما يلي، مع الإشارة إلى أن أي منها لم تنخفض نسبة اختيارها عن ال ٥٠٪:

• الراحة الكلامية

• التوسط في النزاعات العائلية

• التنقيف الصحي: أخذ عينات ذاتية من سوائل الجسم

• إعادة توجيه الموقف الدفاعي

• العلاج بالموسيقى

• تعزيز "الفراس المشترك"

• العلاج الأدبي

• تدليك للأطفال

يلاحظ الأثر الثقافي في حقيقة أنه تم إعطاء أهمية أقل للوساطة في النزاعات الأسرية، والتي ترجع إلى اتحاد الأسرة القوي في الثقافة العربية والميل إلى عدم مشاركة المشاكل العائلية مع الغرباء وعدم السماح بتدخلهم.

وتجدر الإشارة أيضاً إلى الموسيقى والعلاجات الأدبية لم تحظى بأهمية، وهما نشاطان ثقافيان لا يرتبطان برفاهية

الناس في الثقافة العربية. بدلاً من ذلك أضاف المشاركون أنشطة دينية كمداخلات هامة، كما سيتم الشرح في الفقرة التالية.

أضاف المشاركون في الجولة الأولى ٣ مداخلات افتقدوا لها في القائمة: الاستماع إلى الموسيقى وممارسة الشعائر الدينية بالصلاة وقراءة القرآن وإخبار المريض بمرضه وتشجيع حب الحياة من خلال توفير الدعم النفسي. من بين هذه التدخلات الثلاثة الاستماع إلى الموسيقى كان المداخلات الوحيدة التي لم تحقق توافاً في الجولة الثانية.



في السؤال المتعلق بالمدخلات التمرضية المرتبطة بالمعانة الروحية، قمنا بتغيير شكل السؤال كما شرحنا في السؤال السابق.

باستثناء ما يلي فقد حققنا في الجولة الثانية إجماعاً بأكثر من ٧٠٪ على جميع المدخلات، مع الإشارة إلى أن أي من المدخلات التي لم تحرز إجماعاً حازت على أقل من ٥٠٪:

- اللعب العلاجي

- التوسط في النزاعات

- تدليك بسيط

- التوسط في النزاعات العائلية

- إعادة توجيه الموقف الدفاعي

- العلاج بالموسيقى

- العلاج الأدبي

وكما هو الحال في السؤال المتعلق بالمدخلات المرتبطة بالأسى واليأس، أعطى المشاركون أهمية أقل للوساطة في النزاعات والموسيقى والألعاب والأدب.

أضاف المشاركون في الجولة الأولى 3 مدخلات افتقدوا لها في القائمة: التشخيص المبكر، السماع لمواد دينية والعلاج الرياضي، وثلاثتها حازت على التوافق في الجولة الثانية.

## ١١. الاستنتاجات

---



## الاستنتاجات:

- ١ - لا يتطابق منظور المشاركين لواقع الموضوعات التي تم تناولها في هذا البحث في طريقتي جمع البيانات.
- ٢ - يتمشى منظور مدراء التمريض الذين تمت مقابلتهم مع المعلومات التي تم الحصول عليها من الدراسات الأخرى المنشورة حول هذه القضايا في الدول العربية وعلى المستوى الدولي.
- ٣ - الناندا ونيك ونوك هي لغة التمريض السائد استعمالها في الدول العربية.
- ٤ - هناك حاجة إلى الكثير من الأبحاث حول استخدام لغات التمريض وتحديد ما هو الوضع الحقيقي وما هي المحددات التي يواجهها الممرضين والممرضات في المنطقة العربية.
- ٥ - إن التكيف الثقافي للغات التمريض ضروري لتلبية الاحتياجات الثقافية للمرضى والممرضين العرب.
- ٦ - نسخة باللغة العربية من لغات التمريض ستحسن من فهم هذه اللغات وتسهل تطبيقها.
- ٧ - يعتبر السجل التمريضي دليلاً مقبولاً في المحاكمات، على الرغم من أن مدراء التمريض لا يثقون بجودة المعلومات المسجلة.
- ٨ - إن تعريفات التشخيصات والمداخلات المرتبطة بهذه التشخيصات هي أكثر دقة واكتمالاً في الأتيك.
- ٩ - إن اختيار محتوى الأتيك يشير إلى أوجه قصور في الناندا ويشكك في تأكيد سهولة فهمها وتطبيقها وتكيفها مع الثقافة العربية.
- ١٠ - يبدو أن اختيار الأتيك يشير إلى قربها من احتياجات الممرضات العرب.
- ١١ - من الملائم إجراء دراسة دقيقة للأتيك والشروع في البحث لاستكشاف المستوى اللازم لتكييفها مع الاحتياجات الثقافية في المنطقة العربية.
- ١٢ - يبدو أن استخدام سجلات التمريض الإلكترونية في الدول العربية أكثر تكراراً مما تشير إليه الدراسات.
- ١٣ - هناك حاجة لدراسات حول تقييم إدخال لغات التمريض في السجلات الإلكترونية وجودة هذه السجلات ورضا الممرضات عن استخدامها.
- ١٤ - تم تأكيد وجود فجوة في التواصل والتوثيق ناتجة عن استخدام اللغات غير الأم وانخفاض مستوى اللغات المذكورة من قبل مدراء التمريض وتم نفيها من قبل الممرضات والممرضين الذين شاركوا في جولات الاستبيان.
- ١٥ - نحن نميل أكثر نحو رأي مدراء التمريض في هذه المسألة، ليس فقط بسبب إعدادهم ووظائفهم، ولكن أيضاً لأن معظم الدراسات تشير إلى أن الحواجز اللغوية هي السبب الأول للمشاكل في التواصل والتوثيق في القطاع الصحي.

- ١٦ - يؤكد مدراء التمريض وجود أوجه قصور في سجلات التمريض متماشيين في ذلك مع الدراسات المنشورة ومختلفين مع رأي الممرضات والممرضات في الاستبيانات.
- ١٧ - تحتاج مهنة التمريض في العالم العربي إلى خطط استراتيجية لتنظيم وتوحيد ممارسة التمريض وضمان جودة الرعاية التمريضية.
- ١٨ - لا يمكن تعميم نتائج هذا البحث على جميع دول الشرق الأوسط لأن معظم المشاركين من فلسطين والأردن.
- ١٩ - يمكن أن تكون نتائج هذه الدراسة إرشادية من حيث الوضع العام في المنطقة ومفيدة للغاية للتفكير ولتطوير الخطط الاستراتيجية وخطوط البحث المحددة.
- ٢٠ - مؤلف هذه الدراسة يعتقد أن اختلاف وجهات النظر بين مدراء التمريض والدراسات السابقة من جهة والمشاركين في الاستبيانات من جهة أخرى قد يكون مؤشرا على وجود مشكلة سببها نقص الإعداد في الموضوعات المطروحة وفي معرفة معايير الجودة وفي الأبحاث المتعلقة بلغات التمريض وغياب استراتيجيات التنمية لمهنة التمريض في العالم العربي.

## ١٢ . التوصيات

---



## التوصيات:

لتحسين جودة الرعاية التمريضية في الدول العربية والتمكن من الحصول على نسخ من اللغات التمريضية متكيفة مع الاحتياجات الثقافية للمجتمع العربي من الضروري:

١ - تكريس المزيد من الجهد وتوفير المزيد من الموارد البشرية والمادية للدراسات المتعلقة بتنفيذ عملية التمريض وتطبيقها في سجلات التمريض.

٢ - تشجيع استخدام اللغة الأم.

٣ - تضمين المعايير المتعلقة بجودة السجلات وفعالية التواصل مع المرضى وعائلاتهم ضمن معايير ضبط الجودة.

٤ - تشجيع إنشاء قاعدة بيانات تحتوي على كتب مرجعية وأدوات ومقالات مترجمة إلى العربية مع مراعاة الحاجة إلى تكييفها مع الثقافة العربية.

٥ - الطلب والحث على وجود نسخة من الناندا باللغة العربية.

٦ - تقليل الفجوة بين النظرية والتطبيق فيما يتعلق بعملية التمريض.

٧ - النظر في إمكانية البدء باستخدام الأتيك ودراسة فعاليتها والجوانب التي بحاجة لمقاربة أكثر لتصبح متأقلمة مع الثقافة العربية.

٨ - تشجيع تحسين مستوى اللغات الثانية المستخدمة.

٩ - بناء السجلات الإلكترونية على أساس لغات التمريض.

١٠ - التدريب الكافي على استخدام السجلات الإلكترونية.





١٣. المراجع

---



1. Buitrago M LA. Desarrollo histórico de la enfermería. Cult del Cuid Enfermería. 2009; 6 (2): 27–36.
2. Sosa-Rosas M del P, Cuamatzi-Peña MT. La mística de la profesión de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015;23(1):51–7. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151i.pdf>
3. Oreja Vázquez ML, Alegre De Vegda C. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso. Norte Salud Ment [Internet]. 2008;7(31):20–6.
4. Bellido Vallejo, José Carlos; Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN [Internet]. Primera Ed. Jaén ICO de E de, editor. 2010. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
5. González Salcedo P, Chaves Reyes M. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investig en Enfermería Imagen y Desarro [Internet]. 2009;11(2):47–76. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220480004>
6. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería Univ [Internet]. 2016;13(2):124–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
7. Rodríguez-Acelas AL, Cañón-Montañez W. Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. Rev Cuid. 2015;6(1):879–81.
8. Cachón Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: Abordaje fenomenológico. Enferm Intensiva. 2012;23(2):68–76.
9. Juall Carpenito L. Nursing Diagnosis Application To Clinical Practice. 14th ed. Patrick Barbera, Editor. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

10. NANDA International. Nursing Diagnoses Definitions and Classifications 2015-2017 [Internet]. 10a Editio. Herdman, Heather; Kamitsuru S, editor. India: Wiley Backwell; 2015. Available from: <http://www.nanda.org/>
11. Vallés Martínez M del P, Casado Fernández N, García Salvador I, Ana MG, Sánchez Sánchez L. Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales [Internet]. 2a Edición. MADRID: SANED; 2014. Available from: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CGuiaPlanesdeCuidadosdeEnfermeria.pdf>
12. Toyos del Castillo F. Lenguaje enfermero estandarizado: nanda-noc-nic versus cipe. Aplicación de un caso clínico de una paciente gran quemada. Paraninfo Digit. 2015;9(22):1–33.
13. Oreofe A, Oyenike A. Transforming Practice through Nursing Innovative Patient Centered Care: Standardized Nursing Languages. Int J Caring Sci [Internet]. 2018;11(2):1319–22. Available from: [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)
14. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros : Revisión crítica y guía práctica [Internet]. 8a edition. Barcelona: Elsevier Masson SAS; 2013.
15. Ziebarth DJ. Exploring Standardized Nursing Languages : Moving Toward a Faith Community Nursing Intervention. Int J Faith Community Nurs. 2018;4(1).
16. Mrutherford MA. Standarized Nursing Language: What Does It Mean For Nursing. ONLINE J ISSUE Nurs. 2008;13(1).
17. Department of Health, US Services, The Office of the National Coordinator for Health Information Technology. Standard Nursing Terminologies: A Landscape Analysis [Internet]. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology. 2017. Available from: [https://www.healthit.gov/sites/default/files/snt\\_final\\_05302017.pdf](https://www.healthit.gov/sites/default/files/snt_final_05302017.pdf)
18. Juvé i Udina ME. La Terminología ATIC: Eje Diagnóstico [Internet]. NAAXPOT S.L.U, editor. 2016. Available from: [www.naaxpot.com/libros-ciencias-de-la-salud/atic-eje-diagnostico/](http://www.naaxpot.com/libros-ciencias-de-la-salud/atic-eje-diagnostico/)

19. Juvé Udina M. Evaluación de la validez de una terminología de enfermería de interfase [Internet]. Universitat de Barcelona. Universitat De Barcelona; 2012. Available from:  
[http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/108998/MEJU\\_TESIS.pdf?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/108998/MEJU_TESIS.pdf?sequence=1)
20. Juvé Udina ME. A nursing interface terminology: Evaluation of face validity. *Open J Nurs*. 2012;02(03):196–203.
21. Lovering S. The Crescent of Care: A nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. *Divers Equal Heal Care*. 2012;9(3):171–8.
22. Atkinson C. Islamic Values and Nursing Practice in Kuwait. *J Holist Nurs*. 2015;33(3):195–204.
23. JAN R. RUFAIDA AL-ASALMIYA, THE FIRST MUSLIM NURSE. *J Nurs Scholarsh*. 1996;28(3):267.
24. Aldossary A, Hsm D, While A, Barriball L. Health care and nursing in Saudi Arabia. *Int Nurs Rev*. 2008;(Review 55):125–8.
25. EL-Haddad M. Nursing In The United Arab Emirates: An Historical Background. *Int Nurs Rev*. 2007;(Review 53):284–9.
26. Chengzao J, Min Z, Yongfeng Z. Saudisation Of The Nursing Workforce: Reality And Myths About Planning Nursing Training In Saudia Arabia. *J Am Sci*. 2012;8(4):1–8.
27. Saied H, Al Beshi H, Al Nafaie J, Al Anazi E. Saudi Community Perception of Nursing as a Profession. *IOSR J Nurs Heal Sci* [Internet]. 2016;5(2):95–9. Available from: [www.iosrjournals.org](http://www.iosrjournals.org)
28. G. Alghamdi M, Topp R, S. AlYami M. The effect of gender on transformational leadership and job satisfaction among Saudi nurses. *J Adv Nurs*. 2018;74(1):119–27.
29. El-Jardali F, F. Murray S, Dimassi H, Jamal D, AbuAlRub R, Al-Surimi K, et al. Intention to stay of nurses in current posts in difficult-to-staff areas of Yemen, Jordan, Lebanon and Qatar: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013;50(11):1481–94. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.013>

30. Tawash E, Cowman S. Bahraini nursing students' attitudes: from student to nurse-A longitudinal research study. *J Nurs Educ Pract*. 2015;5(12):79–87.
31. G Alghamdi M, D Urden L. Transforming the nursing profession in Saudi Arabia. *J Nurs Manag*. 2016;24(1):E95–100.
32. Azim M, Islam M. Social Support, Religious Endorsement, and Career Commitment: A Study on Saudi Nurses. *Behav Sci (Basel)*. 2018;8(1):8.
33. Al-Hamdan Z, Manojlovich M, Tanima B. Jordanian Nursing Work Environments, Intent to Stay, and Job Satisfaction. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(1):103–10.
34. Bakr MM. Impact Of Nursing Shortage On Quality Of Care At Shebin El-Kom Teaching Hospital. *J Am Sci*. 2012;8(10):822–31.
35. World Health Organisation (WHO) RHSOWH. EMRO Health Systems Profile: Oman. 2006.
36. Al-Riyami M. Nursing In The Arab World. *J Palest Stud*. 2004;33(3):76–90.
37. Eman T, Seamus C, Edgar A. A triangulation study: Bahraini nursing students' perceptions of nursing as a career. *J Nurs Educ Pract*. 2012;2(3):81–92.
38. Aboshaiqah A. Strategies to address the nursing shortage in Saudi Arabia. *Int Nurs Rev*. 2016;63(3):499–506.
39. Al-Mahmoud S. The Commitment Of Saudi Nursing Students To Nursing as a Profession and as a Career. *LIFE Sci J [Internet]*. 2013;10(2):487–92.
40. Devadas BR. A Conceptual Model for Successful Leadership in Nursing Education in the United Arab Emirates. *J Middle East North Africa Sci*. 2017;2(4):39–46.
41. Nehring V. A snapshot of nursing in Qatar. *Nurs Educ Perspect [Internet]*. 2003;24(5):226–9. Available from:  
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0642345309&partnerID=40&md5=f0ca83e4eb561ddd974d7d0c0175a189>

42. Hassan J, King M Lou, King M Lou. Nursing Image in Qatar : Past , Present and Future. *Middle East J Nurs*. 2012;6(4):26–8.
43. Griffiths J, McCreaddie M, Al Yateem N, Williams JJ, Fielding M, Kuzemski D, et al. Developing nursing research in the United Arab Emirates: a narrative review. *Int Nurs Rev*. 2017;65(1):93–101.
44. F. Al-Jarallah K, A.A. Moussa M, K. Hakeem S, K. Al-Khanfar F. The nursing workforce in Kuwait to the year 2020. *Int Nurs Rev*. 2009;56(1):65–72.
45. Gaumer G, El Beih W, Fouad S. Health Workforce Rationalization Plan for Egypt. Partnership for Health Reform. Cairo; 1999.
46. T. Fullerton J, Sukkary-Stolba S. Advancing the status of nursing in Egypt: the project to promote the development of the High Institutes of Nursing. *Int J Nurs Stud*. 1995;32(5):518–24.
47. Garfield R, McCarthy CF. Nursing and nursing education in Iraq: Challenges and opportunities. *Int Nurs Rev*. 2005;52(3):180–5.
48. Boyle JS. Professional Nursing in Iraq. *Image J Nurs Scholarsh*. 1989;21(3):168–71.
49. WHO. Nursing and midwifery progressive report: 2008-2012. Who. Geneva; 2013.
50. M Ahmad M, A Alasad J. Patients’ preferences for nurses’ gender in Jordan. *Int J Nurs Pract*. 2007;13(4):237–42.
51. Mrayyan M. Nursing practice problems in private hospitals in Jordan: Students’ perspectives. *Nurse Educ Pract*. 2007;7(2):82–7.
52. Fawzi Abu Al Rub R. Nursing Shortage in Jordan: What is the Solution? *J Prof Nurs*. 2007;23(2):117–20.
53. Al-Nawafleh AH. Managing Jordanian nurse migration to the Gulf Cooperation Council states. *East Mediterr Heal J*. 2017;21(3):220–5.
54. El-Jardali F, Alameddine M, Dumit N, Dimassi H, Jamal D, Maalouf S. Nurses’ work environment and intent to leave in Lebanese hospitals: Implications for policy and practice. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2011;48(2):204–14. Available



from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.009>

55. Alameddine M, Chamoun N, Btaiche R, El Arnaout N, Richa N, Samaha-Nuwayhid H. The workforce trends of nurses in Lebanon (2009–2014): A registration database analysis. *PLoS One*. 2017;12(8):1–10.
56. Badr L, Rizk U, Farha R. The divergent opinions of nurses, nurse managers and nurse directors: The case in Lebanon. *J Nurs Manag*. 2010;18(2):182–93.
57. El-Jardali F, Hammoud R, Younan L, Nuwayhid HS, Abdallah N, Alameddine M, et al. The making of nursing practice Law in Lebanon: A policy analysis case study. *Heal Res Policy Syst*. 2014;12(1):1–15.
58. Watkins DS, Ryan JL. Reasons for application and expectations from a post-registration degree: Views of Omani nurses and their managers. *J Nurs Educ Pract*. 2015;5(4).
59. A. Taha A, Westlake C. Palestinian nurses' lived experiences working in the occupied West Bank. *Int Nurs Rev*. 2017;64(1):83–90.
60. Elbarazi I, Loney T, Yousef S, Elias A. Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–10.
61. Silbermann M, Hassan EA. Cultural perspectives in cancer care: Impact of Islamic traditions and practices in Middle Eastern Countries. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011;33(SUPPL. 2):81–6.
62. Ajami H. Arabic Language , Culture , and Communication. *Int J Linguist Commun*. 2016;4(1):120–3.
63. Reimer-kirkham MDFS, Sawatzky R, Johnston E. RELIGION, RELIGIOUS ETHICS, AND NURSING. First Edit. Reimer-kirkham MDFS, Sawatzky R, Johnston E, editors. New York: Springer Publishing Company; 2012. 20 p.
64. Mustafa Abbad H. Los Cuidados Paliativos En Jordania Y España: Estudio Comparativo [Internet]. Universidad Pontificia de Comillas; 2012.
65. Hedayat K. When the Spirit Leaves: Childhood Death, Grieving, and Bereavement in Islam. *J Palliat Med*. 2007;9(6):1282–91.

66. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 4:48. 1st ed. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 123 p.
67. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 17:23-24. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 410 p.
68. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 30:21. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 607 p.
69. Ibrahim IA. A Brief illustration guide to understanding islam. Second Edi. Peachy Dw, Thomas M, Sylvester T, Palmer I, Zarabozo J, Altimimi A, editors. Houston, Texas, USA: Darussalam, Publishers and Distributors; 1997. 64-65 p.
70. Hawamdeh S, Hawamdeh S. Exploring Empathy : A Perspective of Arab Nurses. World Appl Sci J. 2012;17(6):786–91.
71. Abu Ali A, Aboul-hosn NK. Subcultural Narratives of Pediatric Chronic Illness in the Arab Community. Procedia - Soc Behav Sci [Internet]. 2015;165:116–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.612>
72. Terrón Caro T. La Mujer En El Islam. Ánlisis Desde Una Perspectiva Socioeducativa: Women In Islam. Analysis From A Socio-Educational Perspective. EL Futur DEL PASADO. 2012;3:237–54.
73. Lapedra Gutiérrez E. Laicismo Y Feminismo. Rev Clepsydra. 2017;16:83–101.
74. Zafir al-Shahri M, Al-Khenaizan A. Palliative Care for Muslim Patients. J Support Oncol. 2005;3(6):432–6.
75. Schultz M, Baddarni K, Bar-sela G. Reflections on Palliative Care from the Jewish and Islamic Tradition Reflections on Palliative Care from the Jewish and Islamic Tradition. Evidence-Based Vompmentary Altern Med. 2012;January.
76. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 2:155. First Edic. KARAZI AK, editor. Beirut: Al; 2007. 32 p.
77. Johnson CP. An Islamic understanding of health care : what can it teach us ? Accid Emerg Nurs. 2001;9(22 September 2000):38–45.
78. Mahdi EFK. Medical Care In Islamic Tradition During Middle Ages (Historical Review). LIFE Sci J. 2013;10(1):19–28.

79. Baddarni K. Ethical Dilemmas and the Dying Muslim Patient. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2010;11(MECC Supplement):107–12.
80. Service MVC. Western Australian Health Care Providers ' Handbook on Muslim Patients. First Edit. Perth Western Australia; 2014. 6-14 p.
81. Jordan constitution. Law 25, year 2018. Article 31. The law of Medical and Health Responsibilities. Jordan Government. 31 Jordan; 2018 p. 3420–33.
82. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 23:12-16. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 504 p.
83. KARAZI AK. EL NOBLE CORAN, SURA 21:35. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 477 p.
84. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 17:85. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 420 p.
85. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 20:55. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 461 p.
86. Yazbik N, Nayef S, Kathy J. International Journal of Nursing Studies Perspectives on barriers and facilitators to self-care in Lebanese cardiac patients : A qualitative descriptive study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020;60(2016):69–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.009>
87. Lohiniva A, Kamal W, Benkirane M, Numair T, Abdelrahman M, Saleh H, et al. HIV Stigma Toward People Living With HIV and Health Providers Associated With Their Care : Qualitative Interviews With Community Members in Egypt. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2016;27(2):188–98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.11.007>
88. Batayneh JS, Schwalbe CSJ. Stigma and Mental Health Treatment of Adolescents with Depression in Jordan. *Community Ment Heal.* 2015;51:111–7.
89. L. Dardas L, L. Simmons L. The stigma of mental illness in Arab families : *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(2001):668–79.
90. EL Hamri N. Approaches to family planning in Muslim communities. *Fam Plann Reprod Heal Care.* 2010;36(1):27–31.

91. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 11:61. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 325 p.
92. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 4:1. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 110 p.
93. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 2:233. In: KARAZI AK, editor. First Edit. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. p. 53.
94. Karazi AK. El Noble Coran, Sura 31:14. First Edit. KARAZI AK, editor. Beirut: Al-Aalami Publications; 2007. 616 p.
95. Fiifi Amoah C. THE CENTRAL IMPORTANCE OF SPIRITUALIT in palliative care. Int J Palliat Nurs. 2011;17(7):353–9.
96. Oviedo Soto S, Parra Falcón F, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. Enfermería Glob. 2009;15:1–9.
97. Observatorio Regional de Cuidados Palliativos de Extremadura. Programa Regional De Cuidados Paliativos De Extremadura. Guía Clínica Seguimiento Del Duelo. Junta de Extremadura- Consejería de Sanidad y Dependencia; 2011.
98. Carlos J, Aparisi S, Girtone IR, Pacientes CONLOS, En I, Final EL, et al. Problemas Ésticos En La Comunicación Con Los Pacientes Inmigrantes Infecciosos De Larga Duración Y Con Tratamientos Paliativos. Universitat de Valencia; 2009.
99. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Awanson E. Vínculos De NOC Y NIC A NANDA-I Y Diagnósticos Médicos. Third Edit. Oxford: Elsevier Mosby; 2012.
100. Juvé-Udina ME, Zuriguel Pérez E, Fabrellas Padrés N, Gonzales Samartino M, Romero García M, Castellá Creus M, et al. Basic Nursing Care : Retrospective Evaluation of Communication and Psychosocial Interventions Documented by Nurses in the Acute Care Setting. J Nurs Scholarsh. 2014;46(1):65–72.
101. SECPAL. Sociedad Española de Cuidados Palliativos. El duelo en cuidados paliativos. [https://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos\\_16-duelo#DescargarDoc](https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_16-duelo#DescargarDoc). 2018.

102. Milligan S. Learning zone Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. *Nurs Stand*. 2011;26(4):47–56.
103. Benito E, Dones M. El Acompañamiento Espiritual En Cuidados Paliativos. *Psicooncología*. 2016;13(2–3):367–84.
104. Sánchez Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado. Primera ed. Palacios Rozo, Marco; De Greiff Acevedo, Alexis; Parra París, Lisímaco; Viviescas Monsalve, Fernando; Esguerra Velandia I, editor. Universidad Nacional De Colombia; 2004. 18-20 p.
105. Galledo-Pérez HF, Pérez-Delgado E. Sentido de la vida y desesperanza : *Univ Psychol*. 2009;8(2):447–54.
106. González Tovar J, Hernández Montaña A. La Desesperanza Aprendida Y Sus Predictores En Jóvenes: Análisis Desde El Modelo De Beck. *Enseñanza E. Investig EN Psicol*. 2012;17(2):313–27.
107. Al Sayah F, Ishaque S, Lau D, A Johnson J. Health related quality of life measures in Arabic speaking populations : A systematic review on cross-cultural adaptation and measurement properties. *Qual Life Res*. 2013;22:213–29.
108. Mahmoud S, Alja S, Hasan SH. The Influence of Mother Tongue on Learning English Language by Arab Learners. *Int J Sci Res Publ*. 2017;7(8):31–7.
109. Foresee Drumhillier M, J Schwanenflugel P. Influence of Native Language Vocabulary and Topic Knowledge on Foreign Language Vocabulary Learning in Health Care Providers. *SAGE Open*. 2013;(April-June):1–14.
110. Sabri Al-Asal M. Arabicization and Arabic Expanding Techniques Used in Science Lectures in Two Arab Universities. *Asian Perspect Arts Hunabilities*. 2012;2(1):15–38.
111. Ahmed Elmgrab R. The Creation of Terminology in Arabic. *Am Int J Contemporary Res*. 2016;6(2):75–85.
112. Benkharafa M. The Present Situation of the Arabic Language and the Arab World Commitment to Arabization. *Theory Pract Lang Stud*. 2013;3(2):201–8.

113. Hull M. Medical Language Proficiency : A discussion of interprofessional language competencies and potential for patient risk. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016;54:158–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.015>
114. Sciences H, Campus P, Francis K, Dip G, Sc DH, Sciences H, et al. THE IMPORTANCE OF LANGUAGE FOR NURSING : DOES IT CONVEY. *Aust J Adv Nurs*. 2007;24(4):47–51.
115. Ramón-garcía R, P. Segura-sánchez M, M. Palanca-cruz M. Habilidades sociales en enfermería . El papel de la comunicación centrado en el familiar . Social skills in Nursing . The role of family-centred communication . *Rev Esp Comun Salud*. 2012;3(1):49–61.
116. Albagawi BS, Jones LK. Quantitative exploration of the barriers and facilitators to nurse-patient communication in Saudia Arabia. *J Hosp Adm*. 2017;6(1):16–24.
117. Freihat S, Al-makhzoomi K. An English for Specific Purposes ( ESP ) Course for Nursing Students in Jordan and the Role a Needs Analysis Played. *Int J Humanit Soc Sci*. 2012;2(7):129–45.
118. Badruddin S, Arif S. Beyond the Language Barrier ‘ Speak ’, ‘ See ’, ‘ Help Me . ’ *J Nurs Care*. 2017;6(4):4–8.
119. Moreno-alatorre CR. Evento centinela y error médico en anestesiología. *Rev Mex Anesthesiol*. 2011;34(4):246–50.
120. Wahabi S Al, Farahat F, Bahloul AY. Prevalence and preventability of sentinel events in Saudi Arabia : analysis of reports from 2012 to 2015. *East Mediterr Heal J*. 2017;23(7):492–9.
121. Jacquemond R. Translation and cultural hegemony: the case of French-Arabic translation. In: *Rethinking translation : discourse, subjectivity, ideology*. London; 1992. p. 139–58.
122. Quimet A-M, Trempe N, Vissandjée B, Hemlin I. Language Adaptation In Health Care And Health Services: Issues And Strategies. Québec, Institut National De Santé Publique Du; 2013.

123. Alhabahba MM, Pandian A, Hassan O, Mahfoodh A. English language education in Jordan : Some recent trends and challenges. *Cogent Educ* [Internet]. 2016;43(1):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/2331186X.2016.1156809>
124. Humanities T, Centre TL. SOCIAL SCIENCES & HUMANITIES English Communication Skills and Employability in the Arabian Gulf : The Case of Oman. *Soc Sci Humanit*. 2014;22(2):473–88.
125. Suliman A, Tadros A. Nurse Education Today Nursing students coping with English as a foreign language medium of instruction. *Nurs Educ Today*. 2010;
126. Alhaisoni E. Teaching English In Saudi Arabia : Prospects And Challenges. *Acad Res Int*. 2013;4(1):112–8.
127. Fareh S. Challenges of teaching English in the Arab world : Why can ' t EFL programs deliver as expected ? *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2010;2:3600–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.559>
128. Al Khaiyali AT, A. Nuseir N, Kharruba R. Study of Cultural Challenges Faced by the Arab Learners of English in the United States of America. *Int J English Lang Transl Stud*. 2018;6(2):36–40.
129. Rass RA. Cultural Transfer as an Obstacle for Writing Well in English: The Case of Arabic Speakers Writing in English. *English Lang Teach*. 2011;4(2):206.
130. Gasiorek J, van de Poel K. Language-specific skills in intercultural healthcare communication: Comparing perceived preparedness and skills in nurses' first and second languages. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2017;61(November 2017):54–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.008>
131. Al-Ajrami MA-SS. The Dilemma of Arabicization in the Arab World: Problems and Solutions. *Theory Pract Lang Stud*. 2015;5(10):1989–94.
132. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, Van Der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *J Adv Nurs*. 2010;66(11):2481–9.

133. Novo Muñoz Mm, Rodríguez Novo N, Rodríguez Novo, Yuerna María Rodríguez Gómez Já, et al. Análisis De La Implantación De Lenguaje Enfermero En Centros Con Historia Clínica Electrónica. ENFE. 2018;11(2).
134. Cobos Serrano J. Impacto , de la implementación de una metodología normalizada y un sistema de registro de información de cuidados de enfermería , en la calidad asistencial. Reduca (Enfermería, Fisioter y Podol Ser Trab Fin Master. 2009;1(2):895–912.
135. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Nursing documentation: How meaning is obscured by fragmentary language. Nurs Outlook [Internet]. 2011;59(6):e6–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2011.04.002>
136. Bani-Issa W, Al Yateem N, Al Makhzoomy IK, et al. Satisfaction of health-care providers with electronic health records and perceived barriers to its implementation in the United Arab Emirates. Int J Nurs Pract. 2016;22(4):408-16.
137. Alsadan M, Metwally A El, Ali A, Jamal A, Khalifa M, Househ M. Health Information Technology (HIT) in Arab Countries: A Systematic Review Study on HIT Progress. J Health Inform Dev Ctries. 2015;9(2):32–49.
138. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Bany Hani S. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. J Clin Nurs. 2018;27(3–4):e578–89.
139. Hasna F. Nursing information systems in Jordan. Int J Nurs Pract. 2009;15(2):69–73.
140. Khalifa M. Barriers to health information systems and electronic medical records implementation a field study of Saudi Arabian hospitals. Procedia Comput Sci [Internet]. 2013;21:335–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.procs.2013.09.044>
141. Kärkkäinen O, Eriksson K. Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. Scand J Caring Sci. 2004;18(2):229–36.
142. Laitinen H, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. J Clin Nurs. 2010;19(3–4):489–97.



143. Código Sanitario Normativa Autonómica. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. España; 2018 p. 2–879.
144. BOE 274. BOE 274. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado (BOE) 2002 p. 40126–32.
145. Almoajel AM. Hospitalized Patients Awareness of Their Rights in Saudi Governmental Hospital. *Middle-East J Sci Res.* 2012;11(3):329–35.
146. Patient Rights And Responsibilites. PPR/HCP/P0030/08 United Arab Emirates: Abu Dhabi. PPR/HCP; 2008 p. 1–6.
147. Ghanem M, Megahed H, Abd El-Fattah Mohamed Aly N. Practice of patients' rights among physicians and nurses in two Egyptian hospitals from patients' perspective. *J Nat Sci Res* www [Internet]. 2015;5(16):2225–921. Available from:  
<http://www.iiste.org/Journals/index.php/JNSR/article/viewFile/25349/25979%0Ahttps://pdfs.semanticscholar.org/5fec/dba03a6ac474c789f3d88414cf68f9e1bf24.pdf>
148. Partners for Health Reformplus PROJECT. Egyptian Hospital Accreditation Program : Standards [Internet]. USAID. 2005. Available from: [http://www.ihf-fih.org/en/content/download/337/2628/file/Egyptian\\_hospital\\_accreditation\\_program\\_standards.pdf](http://www.ihf-fih.org/en/content/download/337/2628/file/Egyptian_hospital_accreditation_program_standards.pdf)
149. Government L. Law no.240 dated October 22, 2012. Amending Law No. 288 of februray 22, 1994. CODE OF MEDICAL ETHICS FREE TRANSLATION FROM ARABIC. Lebanon Government. Lebanon; 2012.
150. Government J. Law of patients rights and the informes consent. Law No 574 of the 11th of February 2004. Jordan Government. 8759 Jordan; 2004.
151. Authority G of P. General Law of Health. Law No 20 for 2004. Palestine; 2004.
152. Alterife R, Salim R, Dmyatti E, Hassan A, Mohamed S, Ahmed W, et al. Awareness and practice of patients' rights among hospitalized patients at Wad-Medani Teaching Hospital, Sudan. *East Mediterr Heal J.* 2017;23(2):80–6.

153. Castrillón Chamadoira E. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*. 2015;(42):128–36.
154. González CMM. Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE, Rev Enfermería* [Internet]. 2013;7(2). Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/278>
155. Lancellotti K. Culture Care Theory: A Framework for Expanding Awareness of Diversity and Racism in Nursing Education. *J Prof Nurs*. 2008;24(3):179–83.
156. Saiz Echezarreta MRSD. La perspectiva transcultural de los cuidados enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Nuberos Científica* [Internet]. 2015;2(16):65–9. Available from: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/Revista\\_Nuberos\\_Cien\\_9.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Revista_Nuberos_Cien_9.pdf)
157. ROHRBACH-VIADAS C. introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de madeleine leininger. *Cult los Cuid*. 1998;3(2):41–5.
158. Gharaibeh M, Abu-Saad H. Cultural Validation of Pediatric Pain Assessment Tools : *J Transcult Nurs*. 2002;13(1):12–8.
159. G. Dévieux J, M. Malow R, Rosenberg R, Jean-Gilles M, Samuels D, Ergon-Pérez E, et al. Cultural adaptation in translational research: Field experiences. *J Urban Heal*. 2005;82(SUPPL. 3):82–92.
160. Congost Maestre N. Aspectos Socioculturales En La Traducción De Cuestionarios De Salud Estadounidenses. *Panace@ Rev Med Leng y Traducción* [Internet]. 2012;13(35):91–8. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4075218&info=resumen&idioma=EG>
161. Escobar Bravo MÁ. Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Enfermería Clínica*. 2013;14(2):102–6.

162. Varcoe C, Guruge S, Miranda J, Sidani S, Ford-Gilboe M. Cultural adaptation and translation of measures: An integrated method. *Res Nurs Health*. 2010;33(January):133–43.
163. Gjersing L, RM Caplehorn J, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments\_ language, setting, time and statistical considerations \_ BMC Medical Research Methodology \_ Full Text. *Med Res Methodol*. 2010;10(13):1–10.
164. Mirkin B. Population Levels, Trends and Policies in the Arab Region: Challenges and Opportunities. Arab Human Development Report - Research Paper Serie. 2010.
165. Campos, Cecilia, Jaimovich S, Wigodski J, Aedo V. Conocimientos Y Uso Clínico De La Metodología Enfermera (NANDA,NIC,NOC) en enfermeras/os que trabajan en Chile. *Rev Iberoam Educ e Investig en Enfermería*. 2017;7(1):33–42.
166. Iyabode A-SF. Knowledge and Use of Standardized Nursing Languages: A Study among Nurses at the Federal Medical Centre, Owo, Ondo State, Nigeria. *Texila Int J Nurs*. 2017;3(2):28–38.
167. Domingos CS, Boscarol GT, Brinati LM, Dias AC, Souza CC de, Salgado P de O. La aplicación del proceso informático de enfermería: revisión integradora TT - The application of computerized nursing process: integrative review TT - A aplicação do processo de enfermagem informatizado: revisão integrativa. *Enfermería Glob [Internet]*. 2017;16(48):603–52. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000400603&lang=pt%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00603.pdf](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400603&lang=pt%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00603.pdf)
168. Anaya JMC, Fernández JÁM, Francisc IVS, Torres FR, Entisne CM, Iglesias AG. Actitud y barreras percibidas por los profesionales de enfermería de atención primaria de salamanca, respecto a la metodología enfermera. un estudio con grupos focales. *Revsta Enferm CyL*. 2013;5(2):17–29.

169. Caballero E, Aguilar N, Alegría M, Díaz I, Chacón C, Hernández A, et al. Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el proceso de enfermería. *Enfermería Cuid Humaniz* [Internet]. 2015;4(1):39–45. Available from: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/530>
170. Cortes J. *Diccionario de árabe culto moderno (Árabe-Español)* 1a. Edición. Editorial Gredos; Madrid. 2008. p. 246.
171. Cortes J. *Diccionario de árabe culto moderno (Árabe-Español)*. In: 1a Edición. Editorial Gredos; Madrid. 2008. p. 1284.
172. Valera Ruiz M, Díaz Bravo L, García Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud | *Revista Investigación en Educación Médica*. *Rev Investig en Educ Médica* [Internet]. 2012;1(2):90–5. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-descripcion-usos-del-metodo-delphi-90122899>
173. Kim CH, Yeo K. Beyond consensus: A review of delphi research published in Malaysian social science journals. *Int J Bus Soc*. 2018;19(S2):312–23.
174. Keeney S, Hasson F, McKenna H. A critical review of Delphi as a research methodology in nursing research. *Int J Nurs Stud*. 2001;38:195–200.
175. Cabero J, Infante A. Empleo Del Método Delphi Y Su Empleo En La Investigación En Comunicación Y Educación. *Rev Electrónica Tecnol Educ*. 2014;48:1–16.
176. Habibi A, Sarafrazi A, Izadyar S. Delphi technique theoretical framework in qualitative research. *Int J Eng Sci* [Internet]. 2014;3(4):8–13. Available from: <http://www.academia.edu/download/36610746/B03404008013.pdf>
177. Bernalte Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enferm Glob*. 2015;14(1):328–34.
178. Fajardo Trasobares ME, Germán Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*. 2010;13(46):1–5.

179. Barrett-Landau, Susana; Henle S. Men in Nursing: Their Influence in a Female Dominated Career. *J Leadersh Instr.* 2014;13(2):10–3.
180. NMC. Annual equality and diversity report 2015-2016 [Internet]. 2016. Available from:  
[https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/annual\\_reports\\_and\\_accounts/equality-and-diversity-report-2015-16.pdf](https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/annual_reports_and_accounts/equality-and-diversity-report-2015-16.pdf)
181. Al Hadidi R. National Human Resources For Health Observatory - Annual Report 2014. 2015.
182. Hadidi R. National Human Resources for Health Observatory Annual Human Resources for Health Report 2016 Jordan National Human Resources for Health Observatory [Internet]. 2017. Available from:  
<http://www.hhc.gov.jo/uploadedimages/c4ee4ba5-7ade-41a8-b5e6-fcfdbdba13aa.pdf>
183. Alboliteeh M, Magarey J, Wiechula R. The Profile of Saudi Nursing Workforce: A Cross-Sectional Study. *Nurs Res Pract.* 2017;2017:1–9.
184. Ahmed D, Albuarki J. Review of the Challenges of Scientific Research in the Arab World and Its Influence on Inspiration Driven Economy. *Int J Inspir Resil Econ.* 2017;1(1):28–34.
185. Almansour S. The crisis of research and global recognition in Arab universities. *Near Middle East J Res Educ.* 2016;2016(1):1.
186. Batista-Sánchez MR, Alvarado-Gallegos E. Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización. *Rev Enfermería del Inst Mex des Seguro Soc* [Internet]. 2015;23(2):83–90.
187. Reina NC. El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado. *Umbral Cient.* 2010;17:18–23.
188. Lesmes ÓG. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia, 2008. *Av en Enfermería* [Internet]. 2009;17(1):60–8. Available from:  
<http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12955>

189. Ugalde Apalategui M, Lluch Canut MT, Alonso Durana I, Atienza Rodríguez E, Balaguer Sancho J, Bourza Pita R, et al. Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las taxonomías enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica. *Creat Commons* [Internet]. 2011;1:1–104. Available from:  
<http://hdl.handle.net/2445/19207%0Ahttp://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.ca%0Ahttp://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/19207>
190. El-Rahman MA, Kalaldehy MT Al, Malak MZ. Perceptions and Attitudes Toward NANDA-I Nursing Diagnoses: A Cross-Sectional Study of Jordanian Nursing Students. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28(1):13–8.
191. Zamudio Sánchez A, Campos Rico A, Mansilla Francisco JJ, de la Torre I, Palop R, Viñas Heras C, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 2009;15(3):163–6.
192. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20(1):9–15.
193. Juvé Udina M-E, Gonzalez Samartino M, Matud Calvo C. Mapping the Diagnosis Axis of an Interface Terminology to the NANDA International Taxonomy. *ISRN Nurs*. 2012;2012:1–6.
194. Junttila K, Salanterä S, Hupli M. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *J Adv Nurs*. 2005;52(3):271–80.
195. Carrillo González GM, Rubiano Mesa YL. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2007;23(3):1–11.
196. Shuriquie M, While A, Fitzpatrick J. Nursing work in Jordan: An example of nursing work in the Middle East. *J Clin Nurs*. 2008;17(8):999–1010.
197. NUFFIC. Education System.Iraq. Described And Compared With The Dutch System. NUFFIC. 2015.
198. Bacha NN, Bahous R. Foreign Language Education in Lebanon: A Context of Cultural and Curricular Complexities. *J Lang Teach Res*. 2011;2(6):1320–8.
199. Ajlouni M. Assessment of Medical Records Services at Ministry of Health Hospitals in Jordan. *Partners Heal Reformplus Proj AbtAssociation Inc*.

200. Salem OA, Villagrancia HN, Dignah MA. Medical Record Audit in Clinical Nursing Units in Tertiary Hospital. IOSR J Nurs Heal Sci Ver I [Internet]. 2015;4(6):2320–1940. Available from: [www.iosrjournals.org](http://www.iosrjournals.org)
201. S. Abdalrahim M, A. Majali S, Bergbom I. Documentation of postoperative pain by nurses in surgical wards. *Acute Pain*. 2008;10(2):73–81.
202. Okaisu EM, Kalikwani F, Wanyana G, Coetzee M. Improving the quality of nursing documentation: An action research project. *Curationis*. 2014;37(2):1–11.
203. Chand S, Sarin J. Perception of nurse administrators regarding electronic nursing documentation. *Int J Res Med Sci*. 2015;3(12):3503–9.
204. C. Shihundla R, T. Lebesse R, S. Maputle M. Effects of increased nurses' workload on quality documentation of patient information at selected Primary Health Care facilities in Vhembe District, Limpopo Province. *Curationis*. 2016;39(1):1–8.
205. Alkouri O, AlKhatib A, Kawafhah M. Importance And Implementation Of Nursing Documentation: Review Study. *Eur Sci Journal, ESJ*. 2016;12(3):101–6.
206. Sebastián-Viana T, González-Ruiz JM, Núñez-Crespo F, Lema-Lorenzo I, Gadea-Romero G, Losa-Iglesias ME. La validez de un registro clínico de úlceras por presión TT - Validity of clinical register of pressure ulcers. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2014;37(1):17–24. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272014000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
207. Padilha Fátima E, do Carmo Fernandez Lourenço Haddad M, Matsuda Misue L. Quality of Nursing Records in Intensive Care: Evaluation Through a Retrospective Audit. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014;19(2):217–23.
208. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*. 2011;67(9):1858–75.

١٤. الملاحق

---





**الملحق (١):** قائمة المشاركين الذين أعطوا موافقتهم على ذكر اسمائهم في الرسالة

عبد الرحيم محمد العزة

عبادة كفاوين

محمد حماد

ريم بسطامي

أسمهان مشارقة

غدير برهومة

موزنا التميمي

حسين مغربي

وفاء

فرانسوا باسيل

موسى محمد ابو صبيح

جيهان أبي شقرا

تامر جمال الجعفري

أسماء جودة

هبة

ابتهال النعيمات

عبد المحسن أبو فنونة

عطاف مقبول

ربى عودة

حنين فاخوري

ميسون عبد الرحيم

د. منار نابلس

فاطمة المدني

د. جهاد حليبي

تهاني علي عواد

يوسف جرادات

حسين زكال

**الملحق (٢): قائمة المداخلات المرتبطة بالأسى واليأس في النيك**

- زيادة الموجهة
- تسهيل اليأس
- الدعم العاطفي والروحي
- تقديم النصح والمشورة
- التحكم في الحالة المزاجية
- منح الأمل
- إعلان الحقيقة
- تقليل القلق والتوتر
- زيادة أنظمة الدعم
- تحفيز تكامل الأسرة
- تسهيل الغفران
- تعزيز المقاومة
- العلاج بمساعدة الحيوان
- علاج ذكريات الماضي
- تشجيع النمط العائلي الطبيعي
- مجموعة الدعم
- الوساطة الثقافية
- الاستماع الفعال
- دعم اتخاذ القرارات
- المساعدة في التعديل الذاتي
- الرعاية في مرحلة النزاع
- تقوية احترام الذات
- تعزيز التواصل الاجتماعي

- تسهيل التعبير عن الشعور بالذنب
- تشجيع التمرين الجسدي
- تحسين النوم
- العلاج بالإنجيل
- الحفاظ على الديناميكية العائلية
- توضيح القيم
- رفع مستوى القدرة على التكيف
- وضع أهداف مشتركة
- الاتفاق مع المريض
- تسهيل الحزن
- إدارة الطاقة
- تعديل السلوك
- العلاج بالموسيقى
- تعزيز الوعي الذاتي
- التواجد
- العلاج عن طريق الفن
- العلاج بمساعدة الحيوانات
- العلاج الترفيهي
- اللعب العلاجي
- دعم تحقيق القوة
- تعزيز الدور

### الملحق (٣): قائمة المداخلات المرتبطة بالأسى واليأس في الأتيك

- رعاية الإدخال
- الاستماع الفعال
- استخلاص المعلومات العاطفية
- التثقيف الصحي: الأدوية
- التثقيف الصحي: المضاعفات
- الوقاية
- إشراك مقدمي الرعاية
- التثقيف الصحي: عملية المرض
- التثقيف الصحي: النظام الغذائي
- التثقيف الصحي: تقنيات بسيطة
- الاستماع الفعال: الأسرة
- التثقيف الصحي: استراتيجيات التكيف
- الاستشارة
- الاستقرار العاطفي
- الحفاظ على احترام الذات
- التثقيف الصحي: تقنيات معقدة
- التثقيف الصحي: السيطرة على الأعراض
- إغلاق العاطفي: الأسرة
- الإلهاء
- تعزيز الروابط الأسرية
- تعزيز التواصل غير اللفظي
- إعادة الإعمار المعرفي
- تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل

- التثقيف الصحي: تقنيات التحكم في القلق
- تقدم المرض: دعم التكيف
- التكيف: التواصل
- التحفيز الحركي الاحساسي
- التكيف مع الموت: دعم الأسرة
- إعادة التوجيه
- الوقاية: العدوانية
- المشي العلاجي
- تغيير صورة الجسد: دعم التكيف
- حث على الاسترخاء
- منع الانتحار
- إعادة توجيه السلوك التنازلي
- التحالف العلاجي
- رعاية "الكنغر"
- تقنية إزالة التصعيد
- إدارة العدوانية
- اللعب العلاجي
- دعم الأسرة: التكيف مع تقدم المرض
- العلاج الجماعي
- المقابلة العلاجية
- تجديد العوامل السمعية
- الراحة الحسية
- وساطة الصراع
- التثقيف الصحي: تقنية ضبط النفس

- التدليك البسيط
- دعم التكيف مع تشخيص المرض
- إعادة توجيه موقف الاعتماد
- التحفيز الحسي
- الاستراحة النطقية
- التوسط: النزاعات العائلية
- التثقيف الصحي: أخذ عينات ذاتية من سوانل الجسم
- إعادة توجيه الموقف الدفاعي
- التكيف مع تشخيص المرض: دعم الأسرة
- العلاج بالموسيقى
- تعزيز "الفراش المشترك"
- العلاج الأدبي
- تدليك الأطفال
- دعم الأسى
- المراقبة النفسية والعاطفية
- التحفيز الحركي
- استعادة الثقة بالنفس



**الملحق (٤): قائمة المداخلات المرتبطة بالمعانة الروحية في النيك**

- الدعم الروحي
- منح الأمل
- تعزيز التواصل الاجتماعي
- الدعم في اتخاذ القرارات
- رفع مستوى القدرة على المواجهة
- تيسير النمو الروحي
- تسهيل الغفران
- الرعاية خلال مرحلة النزاع
- التحكم في الحالة المزاجية
- الدعم العاطفي
- زيادة مصادر الدعم
- تسهيل الممارسة الدينية
- تسهيل مشاركة الأسرة
- المساعدة على السيطرة على الغضب
- إخبار الحقيقة للمريض
- تقليل القلق
- الاستماع الفعال
- تيسير الأسى
- تسهيل التعبير عن الشعور بالذنب
- العلاج بالموسيقى
- علاج ذكريات الماضي
- تسهيل التأمل

- تعزيز احترام الذات
- تعزيز الوعي الذاتي
- تعزيز التواصل الاجتماعي

**الملحق (٥): قائمة المداخلات المرتبطة بالمعانة الروحية في الأتيك**

رعاية الإدخال

- الاستماع الفعال
- استخلاص المعلومات العاطفية
- التثقيف الصحي: المضاعفات
- إشراك مقدمي الرعاية
- التثقيف الصحي: عملية المرض
- التعليم الصحي: النظام الغذائي
- التعليم الصحي: تقنيات بسيطة
- الاستماع الفعال: الأسرة
- التثقيف الصحي: استراتيجيات التكيف
- الاستشارة
- الاستقرار العاطفي
- الحفاظ على احترام الذات
- التعليم الصحي: تقنيات معقدة
- التعليم الصحي: السيطرة على الأعراض
- استخلاص المعلومات العاطفية: الأسرة
- الإلهاء
- تعزيز الروابط الأسرية
- تعزيز التواصل غير اللفظي
- إعادة الإعمار المعرفي
- تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل
- التثقيف الصحي: تقنيات التحكم في القلق
- تقدم المرض: دعم التكيف

- التكيف: التواصل
- التحفيز الحسي الحركي
- التكيف مع الموت: دعم الأسرة
- إعادة التوجيه
- الوقاية: العدوانية
- المشي العلاجي
- تغيير صورة الجسد: دعم التكيف
- الحث على الاسترخاء
- منع الانتحار
- إعادة توجيه السلوك التنازلي
- التحالف العلاجي
- تقنية إزالة التصعيد
- إدارة العدوانية
- اللعب العلاجي
- دعم الأسرة: التكيف مع تقدم المرض
- العلاج الجماعي
- المقابلة العلاجية
- الراحة الحسية
- وساطة الصراع
- التعليم الصحي: تقنية ضبط النفس
- تدليك بسيط
- دعم التكيف مع تشخيص المرض
- إعادة توجيه الموقف الاعتمادي
- التحفيز الحسي

- الوساطة: النزاعات العائلية
- إعادة توجيه الموقف الدفاعي
- التكيف مع تشخيص المرض: دعم الأسرة
- العلاج بالموسيقى
- تعزيز "الفراش المشترك"
- العلاج الأدبي
- التأمل
- التنشيط: العقل / الروح
- إعادة التوازن الروحي
- خلق الأمل
- حركات التأمل
- الصلاة
- القصص التأملية
- التفكير المتسامي
- التعبير عن الامتنان
- إطفاء الأهمية
- دعم الرفاهية الروحية
- تقييم القوة الروحية
- استكشاف المعنى الروحي للمعاناة
- تهدئة عدم الراحة الروحية
- تحفيز القيمة الذاتية
- توجيه الأسئلة والشكوك الكونية
- تفعيل اتخاذ المواقف
- الحفاظ على احترام الذات

- التوفيق الثقافي
- الانحراف الإيجابي
- التغذية العاطفية
- دعم الأسى
- علاج التسارع العاطفي
- المراقبة النفسية والعاطفية
- تمارين المرونة
- الاستقرار النفسي والعقلي
- دعم التكيف
- المواجهة الإيجابية
- التحفيز المحرك
- استعادة الثقة بالنفس

COMMUNICATION AND PSYCHOSOCIAL BASIC NURSING CARE

		Intervention/Results	Total	%	Mean	Median	SEP	CI_UL	CI_LL	Difference
Rank	Freq	Episodes (Jan-Dec 2012)	<b>150,494</b>	100	18811					
1	EH	Admission care	148,828	<b>98.89</b>	<b>18604</b>	17685	0.000	98.89	98.89	0.00
2	EH	Active listening	141,117	<b>93.80</b>	<b>17647</b>	16061	0.000	93.80	93.80	0.00
3	EH	Emotional debriefing	124,675	<b>82.84</b>	<b>15585</b>	15186	0.000	82.84	82.84	0.00
4	EH	Health education: medication	120,992	<b>80.39</b>	<b>15124</b>	14560	0.102	80.59	80.19	0.40
5	EH	Health education: complications prevention	120,737	<b>80.22</b>	<b>15092</b>	14839	0.103	80.42	80.02	0.40
6	EH	Caregiver: involvement	92,942	<b>61.73</b>	<b>11616</b>	11585	0.125	61.98	61.48	0.49
7	VH	Health education: disease process	57,374	<b>38.12</b>	<b>7172</b>	6121	0.125	38.37	37.87	0.49
8	VH	Health education: diet	47,740	<b>31.72</b>	<b>5958</b>	5826	0.120	31.96	31.48	0.47
9	VH	Health education: simple technique	42,982	<b>28.56</b>	<b>5373</b>	5121	0.116	28.79	28.33	0.46
10	VH	Family: active listening	39,328	<b>26.17</b>	<b>4916</b>	4320	0.102	26.37	25.97	0.40
11	HI	Health education: adaptation strategies	28,739	<b>19.09</b>	<b>3592</b>	3811	0.113	19.31	18.87	0.44
12	HI	Counseling	23,755	<b>15.70</b>	<b>2969</b>	2857	0.094	15.88	15.52	0.37
13	HI	Emotional stabilization	19,369	<b>12.81</b>	<b>2421</b>	2220	0.086	12.98	12.64	0.34
14	HI	Self-esteem: maintenance	16,127	<b>10.71</b>	<b>2016</b>	1740	0.080	10.87	10.55	0.31
15	MO	Health education: complex technique	14,776	<b>9.81</b>	<b>1847</b>	1714	0.077	9.96	9.66	0.30
16	MO	Health education: symptom control	13,912	<b>9.24</b>	<b>1739</b>	1834	0.075	9.39	9.09	0.29
17	MO	Family: emotional debriefing	11,666	<b>7.75</b>	<b>1458</b>	1011	0.069	7.89	7.61	0.27
18	MO	Distraction	10,951	<b>7.27</b>	<b>1369</b>	1035	0.067	7.40	7.14	0.26
19	MO	Family bonds: strengthen	8,446	<b>5.61</b>	<b>1056</b>	1034	0.059	5.73	5.49	0.23
20	LO	Non-verbal communication: promote	7,045	<b>4.68</b>	<b>881</b>	689	0.054	4.79	4.57	0.21
21	LO	Cognitive restructuring	6,779	<b>4.51</b>	<b>847</b>	728	0.053	4.61	4.41	0.21
22	LO	Parental-child bonds: strengthen	6,175	<b>4.10</b>	<b>772</b>	597	0.051	4.20	4.00	0.20
23	LO	Health education: anxiety control techniques	5,954	<b>3.95</b>	<b>744</b>	689	0.050	4.05	3.85	0.20
24	LO	Coping disease progress: support	5,327	<b>3.53</b>	<b>665</b>	696	0.048	3.62	3.44	0.19
25	LO	Communication: adapt	4,784	<b>3.17</b>	<b>598</b>	619	0.045	3.26	3.08	0.18
26	LO	Sensomotor stimulation	4,113	<b>2.73</b>	<b>514</b>	347	0.042	2.81	2.65	0.16
27	LO	Family coping to death: support	3,616	<b>2.41</b>	<b>452</b>	403	0.040	2.49	2.33	0.15
28	LO	Reorientation	3,373	<b>2.41</b>	<b>422</b>	355	0.040	2.49	2.33	0.15
29	LO	Grief: support	3,314	<b>2.21</b>	<b>414</b>	338	0.038	2.28	2.14	0.15
30	LO	Self-esteem: regain	3,042	<b>2.02</b>	<b>380</b>	312	0.036	2.09	1.95	0.14
31	LO	Psychoemotional monitoring	2,126	<b>1.41</b>	<b>266</b>	261	0.034	1.48	1.34	0.13
32	LO	Aggressiveness: prevention	1,783	<b>1.18</b>	<b>223</b>	67	0.051	1.28	1.08	0.20
33	VL	Therapeutic walk	1,303	<b>0.87</b>	<b>163</b>	21	0.025	0.92	0.82	0.10
34	VL	Coping body image change: support	1,276	<b>0.84</b>	<b>160</b>	151	0.024	0.89	0.79	0.10
35	VL	Occupational therapy	1,213	<b>0.80</b>	<b>152</b>	16	0.024	0.85	0.75	0.09
36	VL	Relaxation: induce	1,195	<b>0.79</b>	<b>149</b>	143	0.025	0.84	0.74	0.10
37	VL	Suicide prevention	1,066	<b>0.71</b>	<b>133</b>	202	0.028	0.76	0.66	0.11
38	VL	Regressive behavior: redirect	916	<b>0.60</b>	<b>115</b>	39	0.022	0.64	0.56	0.09
39	VL	Therapeutic alliance	908	<b>0.60</b>	<b>114</b>	36	0.022	0.64	0.56	0.09
40	VL	Kangaroo care	726	<b>0.60</b>	<b>91</b>	13	0.022	0.64	0.56	0.09
41	VL	De-escalation technique	672	<b>0.44</b>	<b>84</b>	61	0.019	0.48	0.40	0.07
42	VL	Aggressiveness: management	565	<b>0.38</b>	<b>71</b>	38	0.028	0.43	0.33	0.11
43	VL	Play therapy	431	<b>0.28</b>	<b>54</b>	3	0.015	0.31	0.25	0.06
44	VL	Family coping disease progress: support	373	<b>0.24</b>	<b>47</b>	6	0.014	0.27	0.21	0.06
45	VL	Group therapy	354	<b>0.23</b>	<b>44</b>	14	0.014	0.26	0.20	0.05
46	VL	Therapeutic interview	299	<b>0.19</b>	<b>37</b>	0	0.013	0.21	0.17	0.05
47	VL	Phonatory reconditioning	235	<b>0.16</b>	<b>29</b>	25	0.011	0.18	0.14	0.04
48	EL	Sensory rest	142	<b>0.09</b>	<b>18</b>	19	0.000	0.00	0.00	0.00
49	EL	Conflict: mediate	72	<b>0.08</b>	<b>9</b>	5	0.009	0.10	0.06	0.04
50	EL	Health education: self-control techniques	66	<b>0.04</b>	<b>8</b>	1	0.000	0.00	0.00	0.00
51	EL	Simple massage	47	<b>0.03</b>	<b>6</b>	2	0.005	0.04	0.02	0.02
52	EL	Coping disease diagnosis: support	43	<b>0.02</b>	<b>5</b>	5	0.000	0.00	0.00	0.00
53	EL	Dependent behavior: redirect	38	<b>0.02</b>	<b>5</b>	0	0.006	0.03	0.01	0.02
54	EL	Sensory stimulation	22	<b>0.01</b>	<b>3</b>	0	0.003	0.02	0.00	0.01

# COMMUNICATION AND PSYCHOSOCIAL BASIC NURSING CARE

55	EL	Phonatory rest	17	0.01	2	0	0.003	0.02	0.00	0.01
56	EC	Family conflict: mediate	15	0.00	2	1	0.009	0.05	0.02	0.04
57	EC	Organic liquid self-sampling: instruct	13	0.00	2	1	0.004	0.02	0.00	0.02
58	EC	Defensive behaviour: redirect	12	0.00	2	2	0.000	0.00	0.00	0.00
59	EC	Family coping to disease diagnosis: support	12	0.00	2	1	0.000	0.00	0.00	0.00
60	EC	Music therapy	5	0.00	1	0	0.000	0.00	0.00	0.00
61	EC	Motor stimulation	3	0.00	0	0	0.000	0.00	0.00	0.00
62	EC	Cobedding: promote	2	0.00	0	0	0.000	0.00	0.00	0.00
63	EC	Literature therapy	2	0.00	0	0	0.000	0.00	0.00	0.00
64	NU	Infant massage	0	0.00	0	0	0.000	0.00	0.00	0.00

Table 2. Frequency of nursing interventions

SEP: Standard error of the population; CI\_UL: Confidence interval upper limit; CI\_LL: Confidence interval lower limit.  
 Freq: Frequency; EH: extremely high ( $\geq 50\%$ ); VH: very high (20-50%); HI: High (10-20%); MO: Moderate (5-10%); LO: Low (1-5%); VL: very low (0.1-0.9%); EL: extremely low (0.01-0.09); EC: exceptional cases ( $\leq 0.01$ ); Nu: Null.



**الملحق (٦):** الرسالة التي تؤكد قائمة المداخلات المتعلقة بالمعاناة الروحية للدكتور خوفي

**From:** Lala Juve <[lalajuve.on@gmail.com](mailto:lalajuve.on@gmail.com)>

**Sent:** Thursday, June 29, 2017 11:52 PM

**To:** HANAN MUSTAFA

**Cc:** Jose Luis Cobos Serrano

**Subject:** Re: Adaptación de los lenguajes enfermeros al mundo árabe

Buenas tardes Hanan

Sí existen relaciones entre los diagnósticos ATIC y las intervenciones, pero éstas como sabes están pendientes de publicación, y primero se publicarán los ejes de intervención y valoración, ...si puedo el año que viene.

Las intervenciones ATIC asociadas al diagnóstico de Sufrimiento espiritual se asocian principalmente a la Dimensión "10006409 Cuidados morales y espirituales" del eje intervención.

Además de las intervenciones de comunicación y apoyo psicoemocional que ya viste en el artículo y que muchas de ellas también son elementos terapéuticos en el abordaje espiritual, ATIC dispone de intervenciones y especificaciones específicas orientadas a la consecución del mantenimiento o la recuperación de la paz interior tales como:

Meditación

Ejercicios de resiliencia

Revitalización anímica

Estabilización anímica

Reequilibrio espiritual

Generación de esperanza

Movimiento meditativo

Pregaria/Oración

Relato reflexivo

Reflexión trascendental

Reflexión de gratitud

Dignificación

Bienestar espiritual: apoyar

Fortaleza espiritual: valorar

Malestar espiritual: sosegar

Significado del sufrimiento: explorar

Coraje: estimular

Cuestionamientos trascendentales: acompañar

etc...

No se como tienes pensado hacerlo, pero creo que lo mejor sería que selecciones éstas y también aquellas intervenciones y actividades del artículo que consideres y me lo envíes para que lo revise.

Tendrás que decirme también si necesitarás los códigos y las definiciones. Mediante una solicitud formal, te las enviaría bajo las condiciones de copyright de ATIC. Los participantes tendrán que firmar un documento de compromiso conforme no están autorizados a difundir esta información.

Por último, recuerda además que ATIC tiene elementos precoordinaados, por ejemplo Bienestar espiritual: apoyar, pero también permite la poscoordinación, es decir la combinación del elemento foco y el elemento acción. Por tanto, podrías combinar el foco "Bienestar espiritual" con otras acciones; por ejemplo, Bienestar espiritual: valorar.

Cordialmente

Lala Juvé, PhD, MSN, RN

## HANAN MUSTAFA ABBAD

Email: [hananm77@hotmail.com](mailto:hananm77@hotmail.com)

Street Velayos 28, izq, 2º pta. 4, 28035 Madrid, Spain

Telephones: 913867577 / 646775176

### Personal Information

---

**Date of birth:** 21/04/1977

**Marital status:** Married

**Nationality:** Spanish

**DNI:** 06630240F

### Professional profile

---

Staff nurse, with master's degree in Palliative Care from the University *Pontificia de Comillas* in Spain. Ten years of experience in Jordan within a multidisciplinary Palliative Care team, two years as a director of nursing staff, and currently an administrative employee in the public relation department of the MD Anderson of Madrid. Seeking an opportunity for advancement and professional development.

### Professional experience

---

#### Case manager

#### Cigna International

#### Oct. 2016-Present

- Assess, plan, implement, coordinate, monitor and evaluate options and services to meet an individual's health needs.
- Providing clinical information regarding medical conditions or treatments, identifying providers and coordinating complex care plans.
- Promote quality cost-effective outcomes managing care needs through education and health advocacy to members serviced.

#### Public Relations

#### MD Anderson Cancer Center

Feb. 2014– Sept. 2016

- Manage the formalities and paperwork necessary for private and foreign patients.
- Arrange and conduct admission to the first oncology appointments and accompany patients.
- Receiving and resolve the doubts, problems and complaints from patients and their families.
- Exercise the role of intermediary between the various administrative and health care departments and the patient and family.
- Prepare the general medical checkup offered by the center for companies and for private patients; and accompany the patient during the course of the checkup.
- Visiting the admitted patients in the floor daily to ensure the quality of services provided by the center.

### **Arabic and English teacher**

#### **Private classes for Spanish students**

**2010-2014**

- Preparation of courses adapted to the needs of the student.
- Arabic and English lessons (private and in groups).
- Advance preparation for Arabic exams of the UNED and the Official Language School of Madrid.

### **Case Manager**

#### **Al-Malath Foundation for Humanistic Care**

**1999-2009**

- Assessment of patient and family needs.
- Pain and symptom control.
- Psychological and spiritual care/counseling.
- Bereavement follow-up.
- Coordination with other medical resources.
- Students, volunteers and new employee training.
- Inventory work.
- Assistance in managing fundraising projects.

- Statistic work.

### **Coordinator of the Palliative Care services**

#### **King Hussein Cancer Center of Amman**

**2003-2004**

Period of collaboration; for the development of palliative care program at the center.

### **Nurses' director**

#### **Al-Siraj Institution**

**2001-2004**

- Supervise quality of care provided by the employee.
- Recruitment and training of the staff.
- Service marketing and finalizing deals.
- Statistic and accountancy work.

## **Voluntary Work**

---

### **Jordan Hospital**

**2001-2003**

6 hours/day, 7 days/week

### **Al-Malath Foundation for Humanistic Care**

**1998**

8 hours/day, 7days/week for two weeks

## **Academic Information**

---

### **Studying Doctorate in Health Care**

*Universidad Complutense de Madrid*

**2015-2018**

Thesis name: Adaptation of the nursing languages to the Arab world

### **Nursing Degree**

**European University of Madrid**

**2014-2015**

Adaptation to the Spanish nursing diploma to the nursing degree

End of degree graduation project

Nursing role in Palliative care (Final Mark: 9)

### **Master in Palliative Care**

*Universidad Pontificia de Comillas*

**2011-2012**

60 Credits (600 hours) divided in 200 hours of classroom, 220 hours of directed activities, and 180 practical hours.

Final mark: 9.6 (Honors degree).

**Thesis:** Palliative Care in Jordan and Spain: A Comparative Study.

Final mark: 9.2

### **Nursing Degree**

**University of Jordan**

**1995-1999**

Bachelor's in nursing sciences of the University of Jordan, 1999, approved by the Division of Securities and Recognition of Qualifications of the Ministry of Education, Culture and Sports of Spain to the Spanish degree of Diploma in Nursing

## **Courses, seminars and conferences**

### **Connect to influence**

Cigna International

2019

### **Training of the trainers**

Cigna International

2018

### **Developing emotional intelligence /training of facilitators**

Cigna International

2017

### **International Nursing Congress- Barcelona 2017**

Participation with a poster (Adaptation of the nursing languages to the Arab World)

### **English course for health providers**

MD-Anderson Cancer center

2015-2016

### **Course of Communication skills**

MD Anderson Cancer Center of Madrid

2014

**IV Scientific Day: Specialization in Palliative Care**

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid) 2013

**IX Scientific Meeting about Grief**

*El Centro de Humanización de la Salud, Religiosos Camilo (Tres Cantos)*

**VIII Scientific Day of Family and Palliative Care**

*El Centro de Humanización de la Salud, Religiosos Camilo (Tres Cantos)*

2013

**II Conference of Palliative Care, Ethical Reflections at the end of life**

“Alzheimer and decision making” (0.6 credits)

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid)

2013

**III Nursing Scientific Meeting: Nursing and Research**

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid)

2013

**Annual Scientific Meeting: Effectiveness and Efficiency of Palliative Care**

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid)

2012

**First meeting of Nursing Palliative Care**

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid)

2011

**Course in Nursing Palliative Care/ Intermediate level**

(80 hours/11.4 credits)

*Hospital Centro de Cuidados Laguna* (Madrid)

2011

**Middle East Exhibition of Sales Technology** (Amman)

2007

**Palliative Care and Pain Management at King Hussein Cancer Center in**

Amman (50 hours)

Palliative Care Studies Center/ San Diego Hospice

2004

**Intensive Sales and Marketing Course**

**Academy of Management Science (Amman)**

2002

**Other qualifications/Interests**

---

**Languages**

Language 1: Arabic, Native

Language 2: English. High level written and spoken (bilingual education)

Language 3: Spanish. High level written and spoken (level B2 certificated by the Official School of languages of Madrid)

**Computer skills**

- 1- Experience and user level in computer tools (Office Word, Excel, PowerPoint)  
Windows/PC and Apple Mac.
- 2- Experience in the use of the SAP system.
- 3- Experience in the use of Acti-sur program
- 4- Experience in the use of sales force program

**Driving license:** Jordanian and Spanish driving license type B

**Willing to relocate and travel:** Yes

**Hobbies:** Reading, cooking and travelling

**الملحق (٨):** الرسالة الرسمية من الجامعة والتي تعتمد مؤلف هذه الدراسة كطالب دكتوراه وباحث في موضوع الدراسة



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA

University Complutense of Madrid  
Faculty of Nursing

Madrid, 08 of July 2016

Letter of Certification of Student Participation in Investigation project as part of  
the Doctorate degree

In order to facilitate the student's investigation, the University Complutense of Madrid/Nursing Faculty certify that:

Hanan Mustafa Abbad is a doctorate student in the university, and that she is holding an investigation project to elaborate her thesis under the supervision of Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos and Dr. José Luis Cobos Serrano.

Academic course: 2015/2016

Study duration: 3 years

Doctoral thesis title: Adaptation of the nursing languages to the Arab world

Methodology: a qualitative interpretative exploratory cross-sectional study with expert opinion through the Delphi method.

Main objective: To adjust nursing languages to the Arab world.

Specific objective:

- 1- Identify nursing diagnoses objects of the study.
- 2- Determine which are the factors and the interventions (related to such diagnoses) and common in the NANDA, ATIC languages.
- 3- Investigate the opinion of Arab experts about these factors and interventions.
- 4- Describe the effect of the use of a non-maternal language on nurses registers in the precise expression of the nursing process.
- 5- Propose a version of the nursing languages adapted to the needs of patients and nursing staff in the Arab world.

Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos

Dr. José Luis cobos Serrano



Dear Sir/Madam,

My name is Hanan Mustafa Abbad; I am a doctorate student in the Nursing Faculty of the *Complutense* University of Madrid, Spain.

I am addressing you to request the permission to hold an interview with the nursing director of the hospital, as part of the second phase of the data collection of my investigation project for the doctorate studies. (The interview is an in-depth interview, and considered to be one of the investigation tools; in this investigation it is needed as an exploratory tool).

As you review the investigation idea and summary provided below, you would notice that the work is related to nursing in the Arab world, and this is why we need to interview nursing directors from many Arab countries.

I came to Jordan to try to get some interviews, and I will be here till the 14<sup>th</sup> of August 2017.

I will appreciate your collaboration very much, as I do believe that this study can help us as nurses to provide a higher quality care, and also it can be useful for the development of a unified nursing registration system in our countries.

Below; a summary of the investigation project.

The thesis name is: Adaptation of the nursing languages to the Arab world.

In this research we intend to propose a version of the nursing languages adapted to the needs of patients and nursing staff in the Arab world, based on one part in the fact that culture can alter the perspective of some concepts such as health, Illness and death, and therefore requires some changes in health care practices, medical decisions and models of health service delivery.

On the other, in the fact that 6.6% of the world's inhabitants speak Arabic and most of them are of Arabic origin and live in an Arabic cultural context; and therefore investigating the application of nursing languages in the Arab world and adapting them to the needs of this culture can be of great importance to improve the quality of nursing care.

We also believe that it will be of great importance to investigate the possible negative effects of the use of a non-maternal language on nursing records, knowing that English or French are used in the Arab countries as the official language for nursing education and therefore the languages used in nursing records.

We are studying two main nursing languages, NANDA and ATIC, the idea is to evaluate the needed changes to make those languages or one of them adapted to the needs of the nurses and patients in the Arabic world; taking into consideration the cultural differences and the language barrier.

This investigation proposal was accepted as a poster in the International Nursing Congress that was held in Barcelona in May 2017.

The requested interview with the nursing director does not aim to collect any kind of data about the patients; neither aims to get any kind of statistics related to the hospital.

It aims to explore the current nursing register system in the hospital and the nursing director opinion about the nursing diagnosis/languages as a tool for the application of the nursing process and for the registration of the nursing notes.

As known, the in-depth interview is not a structured one, the investigator prepares main questions, and depends on the answers and the interaction, the interview can take one direction or another.

The interview will be in Arabic and will be recorded to save time and to facilitate the information discharge.

The main questions of the interview are:

- 1- Do you use the nursing languages as a tool to apply the nursing process?
- 2- If you are using one of the languages, do the nurses feel comfortable using it, and does it reflect the real needs of the nurses and the patients?
- 3- What is the language used in the nursing registering record?
- 4- What do you think about using a language that is not our mother language for the nursing registration records?
- 5- In your opinion what are the modifications needed in the international nursing language to meet the needs of the nurses and patients in the Arab countries?
- 6- Do you think that having a unified, well-developed nursing registration system is important, and why?

- 7- What is the registration system used in the hospital?
- 8- How do you see the Arabic language as a language for communication with the patients and for the registration of the nursing notes?
- 9- In what percent the Arabic language is used in the day-to-day work of the nurses?
- 10- Do you have any translation of any international nursing language to Arabic?
- 11- Do you face the need to have a medical dictionary to facilitate the nurse's role of providing information and health education to the patients and their families?
- 12- How do you translate the following diagnosis to the Arabic?  
Spiritual suffering  
Grieving  
Helplessness
- 13- Please have a look to the two lists (nursing interventions from two different nursing languages) and tell me in your opinion which one is more complete and more close to what you used to face with your patients.

Attached to this email:

- 1- My CV
- 2- A formal Letter of the University
- 3- The poster I participated with in the International Nursing Congress in Barcelona, 2017

If any more information is needed, please let me know.

Sincerely yours

Hanan Mustafa Abbad

Email: hananm77@hotmail.com

Phone/Jordan:

Phone/Spain:

**CONGRESO INTERNACIONAL  
DE ENFERMERÍA**

المؤتمر العالمي للتمريض

CIE



Barcelona 2017  
برشلونة 2017

ATIC / NANDA

DUELO  
الأسى

SUFRIMIENTO  
ESPIRITUAL  
المعاناة الروحية

DESESPERANZA  
اليأس

Idioma árabe en el mundo



- No hablan árabe
- Hablan árabe no materno
- Hablan árabe materno

**Universidad Complutense de Madrid**

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Estudios de doctorado 2015-2018

**Adaptación de los lenguajes enfermeros al mundo árabe**

أقلمة اللغات التمريضية على العالم العربي

**Un estudio cualitativo interpretativo exploratorio transversal con opinión de expertos a través de grupos de expertos y del método Delphi**

بحث نوعي تفسيري إستطلاعي مستعرض مبني على آراء الخبراء من خلال مجموعات النقاش و طريقة ديلفي

**Pretendemos proponer una versión de los lenguajes enfermeros adaptada a las necesidades de los pacientes y el personal de enfermería en el mundo árabe**

نعتزم إقتراح نسخة من اللغات التمريضية معدلة لتتأقلم مع إحتياجات المرضى و الممرضين في العالم العربي

**Creemos que será de gran importancia investigar las ventajas y desventajas del uso de un idioma no materno en los registros de enfermería**

نعتقد أن من المهم البحث في الآثار الإيجابية و السلبية المحتملة لإستخدام لغة غير اللغة الأم في السجلات التمريضية

**Esperamos desarrollar una herramienta que facilite el correcto, preciso y unificado registro de enfermería en el mundo árabe**

نيتفي تطوير أداة تسهل وجود سجل تمريضي صحيح و دقيق و موحد

**El panel de expertos estará formado por enfermeros/as nativos de países árabes de oriente medio**  
(Jordania, Palestina, El Líbano, Siria, Irak, Egipto, Omán, Yemen, Kuwait, Qatar, Los Emiratos Árabes, Bahrein, Arabia Saudi)

مجموعة الخبراء ستألف من ممرضين و ممرضات عرب أصليين من الدول العربية في الشرق الأوسط  
(الأردن، فلسطين، لبنان، سورية، العراق، مصر، عمان، اليمن، الكويت، قطر، الإمارات العربية المتحدة، البحرين، السعودية)



أنا لغتي  
اللغة العربية هي اللغة الأم لـ 6.3% من سكان العالم، ويتحدثها أكثر من 3.32% من سكان العالم

DOCTORANDO: HANAN MUSTAFA ABAAD  
طالبة الدكتوراة : حنان مصطفى عباد

DIRECTOR: DR. JUAN VICENTE BENEIT MONTESINOS  
مشرّف على البحث والرّسالة : د. خوان فيليني بينيت مونتينوس

DIRECTOR: DR. JOSE LUIS COBOS SERRANO  
مشرّف على البحث والرّسالة : د. خوسيه لويس كوبوس سيررانو



## ١٥ . الجداول والأشكال

---



## ١.١٥. الجداول:

الجدول (١): مصطلحات التمريض الموحدة

جدول (٢): النسبة الكادر التمريضي/ السكان في بعض الدول العربية

جدول (٣): المراكز التي تم الاتصال بها - جهة الاتصال الأولى

جدول (٤): قائمة بالمستشفيات التي تم تحديد الموعد الأول معهم

جدول (٥): قائمة بالمستشفيات التي تم تحديد الموعد الثاني معهم

جدول (٦): قائمة بالمستشفيات التي تم تحديد موعد شخصي فيها

جدول (٧): قائمة بالمستشفيات التي تم تحديد موعد عبر الإنترنت



## ٢.١٥. الأشكال:

شكل (١): خريطة العالم العربي

الشكل (٢): نموذج الرعاية "رعاية الهلال" بقلم ساندرا لوفرنج ،

الشكل (٣): نظام تشفير المقابلة

الشكل (٤): عدد الاستبيانات الواردة في كلا الجولتين

الشكل (٥): نسبة التخلي من المشاركين في الجولة الأولى في الجولة الثانية

الشكل (٦): المشاركة في الاستبيانات حسب البلد

الشكل (٧): المشاركة في الاستبيانات حسب العمر

الشكل (٨): المشاركة في الاستبيانات حسب الجنس

الشكل (٩): المشاركة في الاستبيانات حسب سنوات الخبرة

شكل (١٠): المشاركة في الاستبيانات حسب مكان العمل

شكل (١١): المشاركة في الاستبيانات حسب مجال العمل

الشكل (١٢): استخدام لغات التمريض في عملية التمريض

الشكل (١٣): نوع لغات التمريض المستخدمة

الشكل (١٤): آراء حول ما إذا كانت اللغة المستخدمة مفهومة وسهلة التطبيق

الشكل (١٥): آراء حول ما إذا كانت لغة التمريض المستخدمة تلبي احتياجات المريض العربي

الشكل (١٦): آراء حول ما إذا كانت لغة تمريضية متكيفة مع العالم العربي من شأنها تحسين جودة الرعاية

الشكل (١٧): آراء حول ما إذا كانت نسخة من لغات التمريض باللغة العربية من شأنها تحسين الفهم وتسهيل

تطبيقها

الشكل (١٨): لغة التواصل مع المرضى

الشكل (١٩): لغة سجلات التمريض

الشكل (٢٠): لغة الدراسات في كليات التمريض

شكل (٢١): مستوى اللغة الثانية للممرضات

الشكل (٢٢): آراء حول ما إذا كان استخدام لغة غير الأم يولد فجوات في التواصل والتوثيق

الشكل (٢٣): آراء حول ما إذا كانت سجلات التمريض تعكس حقيقة الرعاية الصحية اليومية

شكل (٢٤): أنواع سجلات التمريض

الشكل (٢٥): آراء حول ما إذا كان سجل التمريض سهل الإدارة

الشكل (٢٦): صلاحية سجل التمريض في المحاكمات

الشكل (٢٧): ترجمة "المعاناة الروحية

الشكل (٢٨): ترجمة "الأسى

الشكل (٢٩): ترجمة "اليأس

الشكل (٣٠): آراء حول تعريف اليأس في الأتيك

الشكل (٣١): آراء حول تعريف الأسى في الأتيك

الشكل (٣٢): آراء حول تعريف المعاناة الروحية في الأتيك



النهايات هي الحلم الذي يشبه حُلماً قد حدث

النهايات هي المرأة والفكرة إذ تفترقان

والنهايات هي الفكرة والمرأة إذ تنتظران

عند أبواب الحكاية

هل أسمىكِ النهاية

أم أسمىكِ البداية؟

سأسمىكِ البداية

سَأَمْدَحُ هَذَا الصَّبَاحَ الْجَدِيدَ، سَأَنْسَى اللَّيَالِي، كُلَّ اللَّيَالِي

وَأَمْشِي إِلَى وَرْدَةِ الْجَارِ، أَخْطِفُ مِنْهَا طَرِيقَتَهَا فِي الْفَرَحِ

سَأَقْطِفُ فَاكِهَةَ الضَّوِّءِ مِنْ شَجَرٍ واقِفٍ لِلْجَمِيعِ

سَأَمْلِكُ وَقْتاً لِأَسْمَعَ لِحْنِ الزَّفَافِ عَلَى رِيَشِ هَذَا الْحَمَامِ

سَلامٌ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ

سَلامٌ عَلَى نَوْمٍ مَنْ يَمْلُكونَ مِنَ الْوَقْتِ وَقْتاً

لِكَي يَفْرُأُوا

وسلام على المُتَعَبِينَ

محمود درويش

